



Universidade de Brasília – *Campus* Ceilândia

Graduação em Saúde Coletiva

**AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS NORMATIVAS VOLTADAS
PARA O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

EMILY RAQUEL NUNES VIDAL

Ceilândia – DF

2016

EMILY RAQUEL NUNES VIDAL

**AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS NORMATIVAS VOLTADAS
PARA O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva pelo Campus
Ceilândia, da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz

Ceilândia – DF

2016

EMILY RAQUEL NUNES VIDAL

**AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E AS NORMATIVAS VOLTADAS
PARA O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Ceilândia, 12 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mariana Sodário Cruz
Orientadora

Profa. Dra. Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Examinadora

Me. Sérgio Ricardo Schierholt
Examinador

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à sociedade que investiu recursos na minha formação acadêmica; Às pessoas que no Movimento de Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde travaram lutas pelo SUS que temos hoje; À todos que um dia foram delegados em conferências ou conselheiros de saúde em busca do bem comum; Aos idealizadores do curso de graduação em Saúde Coletiva; E á todos os docentes da Saúde Coletiva que cruzaram minha trajetória acadêmica e exerceram brilhante papel de mestres.

AGRADECIMENTOS

A vida se torna mais leve quando temos pessoas para dividir os momentos e as conquistas. Durante a graduação em Saúde Coletiva, diversas pessoas contribuíram para que essa experiência fosse única. Começo agradecendo a Deus por ter me direcionado à Saúde Coletiva, nasci pra isso, não poderia ter sido um curso melhor. Agradeço também por ter sido a minha força nos momentos difíceis da graduação.

Agradeço a minha família por todo o apoio e paciência, a minha mãe Dionei agradeço por sempre acreditar em mim e por ter me ajudado em todos os detalhes, desde o dia em que fui fazer minha matrícula no Darcy até hoje que estou na reta final da graduação. A minha irmã Bruna por ser minha conselheira e melhor amiga e pela companhia nas madrugadas que passei fazendo este trabalho. Aos meus tios Édna e Alessandro eu agradeço por toda a força, pelo tempo investido em mim e por todas as vezes que me salvaram nos momentos em que precisava de ajuda. A meus primos Fernando, Vinicius, Gabriel e Bia e a meus tios Edney e Léo por sempre desejarem o melhor pra mim.

Sou extremamente grata aos amigos que a Unb me oportunizou conhecer e dividir esta linda caminhada. Agradeço ao Leonardo por ser um amigo que me faz bem, por transmitir a confiança de que tudo vai dar certo e por ter dividido comigo momentos incríveis, você é a pessoa mais prestativa e responsável que eu conheço. A Thayna por ser tão doce, por inspirar quem está a sua volta e por ser a melhor parceira, te considero como uma irmã, sua amizade foi fundamental pra que eu chegasse até aqui. Ao Rodrigo por ter me adotado desde quando eu era caloura, por ter me motivado a aproveitar ao máximo todas as oportunidades que a UnB nos proporcionou, por toda ajuda com as atividades acadêmicas e por ter vivenciado comigo os melhores momentos desses quatro anos. A Petruska por todo apoio, pelos conselhos e pelos momentos incríveis compartilhados. A Mariane, Maiza, Amanda, Débora, Milena, Bruna da Silva, Klauss, Fernando, Alex, Gabriel, Yure, Crislaine, Bruna Carvalho, Douglas de Aquino, Adones, Jacobina, Leilane, Diego e Ronnie pelos momentos compartilhados.

Aos meus veteranos Kerolyn, Ana Terra, Jéssica Rosa, Trajano, Lucas Felipe e Danylo por serem amigos, exemplos de sanitaristas e por todo apoio.

Aos meus amigos do teatro, Bruna, Jéssica, Lays, Tâmara, Nawilly, Eliane, Jefferson e Thiago, vocês foram meu lugar seguro e nunca me deixaram esquecer de quem eu sou. Agradeço em especial ao Wellison, que é amigo e parceiro desde antes da graduação, obrigada por todo o apoio, por todos os momentos de descontração, pelos conselhos e por estar sempre comigo.

Sou grata ao Isaac, que gentilmente me ajudou muito em um momento complicado. Ao Haridson por ser alguém tão doce, solícito e prestativo.

A minha orientadora, Mariana Sodário, que é um exemplo de professora, de profissional da saúde, de militante do SUS e de sanitarista. A senhora desempenhou brilhante papel de orientadora.

Agradeço aos meus professores por terem sido inspiração e por terem proporcionado experiências incríveis que me fizeram perceber desde o início o quanto amo a Saúde Coletiva. Em especial a Olga Maria, Inês Montagner, Flávia Reis, Sílvia Guimarães, Priscila Andrade, Sérgio Schierholt e José Iturry.

Aos meus preceptores de estágio, Luiz, Paulo e Walquíria da Diraps-Região Oeste, a Andréa, Marli e Cíntia do PNCT e a Margô Karnikowsk do Conselho Regional de Farmácia. Todos me proporcionaram excelentes experiências e grandes ensinamentos que levarei para a vida.

A Alethele do CONASS, pelos conselhos profissionais e acadêmicos que certamente seguirei.

Por fim, agradeço a todos que contribuem e lutam por um SUS melhor.

EPÍGRAFE

“Não ache que uma noite específica mudará sua vida, seus planos. Sua vida precisa de muitas e muitas noites para mudar de rumo, para trocar de planos. A decisão é um estalo, claro, que acontece cedo ou tarde na vida, no rumo, nos planos de cada um. Mas nenhum estalo nasce do nada, nenhum rumo parte para o nada, nenhuma vida acontece por nada: são dias e dias e dias e dias de tentativas e erros e fracassos e esgotamentos. Não vai ser hoje que você vai abraçar todo mundo que ama, realizar todos os sonhos do mundo. Não vai ser hoje que você vai dizer todos os seus silêncios, silenciar todas suas ofensas. Não vai ser hoje que você vai idolatrar todos os seus inimigos, culpar todos os seus amigos. Não vai ser hoje que você vai se despedir de todos os seus amores, de todas as suas imbecilidades. Por enquanto, viva uma noite de cada vez, uma loucura de cada vez, um perdão de cada vez, uma vez de cada vez. Não vai ser hoje que você vai mudar o seu mundo. Ele já está mudando desde que você se permitiu chorar nas mãos da parteira. Agora, parta para a vida com a certeza de que uma noite específica não mudará sua vida, seus planos, seus rumos. Repito: não vai ser hoje que você vai mudar o seu mundo. Ele está mudando o tempo todo desde ontem. Ele mudará o tempo todo até amanhã.”

(Eu me chamo Antônio)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

(AIS) Ações Integradas em Saúde

(APS) Atenção Primária a Saúde

(CNS) Conferência Nacional de Saúde

(Conasp) Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

(DCT) Decreto

(ESF) Estratégia Saúde da Família

(Inamps) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(NOB) Norma Operacional Básica

(OMS) Organização Mundial da Saúde

(PAB) Piso de Atenção Básica

(PACS) Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PAISC) Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança

(PAISM) Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

(Piass) Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

(PMAQ-AB) Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PNH) Política Nacional de Humanização

(PNIPC) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(POC) Portaria Conjunta

(Prevsaúde) Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde

(PRI) Portaria Interministerial

(PRT) Portaria

(PSF) Programa de Saúde da Família

(Sesp) Serviço Especial de Saúde Pública

(SUS) Sistema Único de Saúde

(UBS) Unidade Básica de Saúde

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), maiores instâncias deliberativas de participação social no SUS, marcaram historicamente as conquistas em saúde. Ocorreram até o presente momento quinze conferências nacionais. Por se tratar de um importante espaço de participação social, se faz fundamental saber se as propostas que foram amplamente discutidas e aprovadas por um processo legítimo de votação tem tido influência nos processos de tomada de decisão em políticas públicas de saúde, se estão sendo contempladas nas normativas de saúde que surgem após a realização das conferências e/ou se já estavam contempladas por normativas antecedentes, para se discutir então o atual desfecho das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil. **OBJETIVO:** Analisar se propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde foram contempladas em normativas nacionais, no âmbito do financiamento da atenção primária. **MÉTODOS:** O presente estudo é descritivo, de caráter transversal e de abordagens quali - quantitativa. Compõem o universo do estudo os documentos resultantes da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreram em 2003, 2007 e 2011 respectivamente, bem como as normativas relacionadas ao financiamento da Atenção Primária a Saúde que surgiram a partir de 1986, por ser o ano em que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os relatórios das conferências nacionais foram levantados no site do Conselho Nacional de Saúde e a busca das normativas foi realizada na base de dados Saúde Legis, sistema de legislação da saúde, criado pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** Inicialmente, encontrou-se 35 propostas sobre o financiamento da APS, porém duas foram retiradas, uma por não atender aos critérios de inclusão e outra por não ser compatível com nenhuma das categorias do estudo. Por isso, não foram submetidas ao terceiro objetivo deste estudo. Restaram assim 33 propostas, 6 dessas foram fragmentadas por possuir especificidades relativas a categorias diferentes, desta forma cada fragmento foi contabilizado como sendo uma proposta diferente. Após aplicados todos esses ajustes, teve-se 37 propostas que foram analisadas e estão dispostas em alguma linha do tempo. Em geral, 59,5% das propostas foram contempladas por alguma normativa e 40,5% não foram contempladas. Esse dado aponta para a falha que os gestores do SUS, os formuladores das normativas e o próprio Controle Social estão tendo em relação ao controle do desdobramento dos pleitos das Conferências

Nacionais de Saúde. **CONCLUSÃO:** A partir do estudo, observou-se a necessidade de que para além de realizar as Conferências de Saúde, os seus produtos não se findem nos relatórios finais, que os gestores de cada esfera se apropriem das demandas e as apliquem às políticas de saúde ou elaborem novas políticas e programas que estejam em consonância com as reais necessidades de saúde. Cabe também aos Conselhos de Saúde e a população o importante papel de acompanhar de perto os desdobramentos das demandas do Controle Social como um todo, incluindo as proposições que são fruto das conferências de saúde. Como também o papel de fiscalizar e cobrar respostas e ações dos gestores e profissionais de saúde do SUS.

PALAVRAS CHAVES: Participação Comunitária, Conferências de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Financiamento da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The National Health Conferences (CNS, in Portuguese) are the major deliberative forums of social participation in SUS and have historically marked the achievements in health. Fifteen national conferences have been held so far. Because it is an important space for social participation, it is fundamental to know: 1. if the proposals that have been widely discussed and approved by a legitimate voting process have had influence in the decision-making processes in public health policies; 2. if they are being contemplated in the Health normatives that emerge after the conferences; 3. and / or if they were already contemplated by previous regulations, to then discuss the current outcome of the National Health Conferences in Brazil. **OBJECTIVE:** To analyze whether proposals approved in the National Health Conferences were contemplated in national regulations, in the scope of primary health care financing. **METHODS:** The current study is descriptive, cross-sectional and with qualitative and quantitative approaches. The documents resulting from the 12th, 13th and 14th National Health Conferences, which took place in 2003, 2007 and 2011, respectively, were the study universe, as well as the regulations related to the financing of Primary Health Care, since it was the year in which the 8th National Health Conference took place. The reports of the national conferences were collected on the website of the National Health Council and the search for regulations was carried out in the *Saude Legis* database, a health legislation system created by the Ministry of Health. **RESULTS:** Initially, 35 proposals were found on the financing of PHC, but two were withdrawn - one failed to meet the inclusion criteria and the other because it was not compatible with any of the study categories. Therefore, they were not submitted to the third objective of this study. 33 proposals were then left, 6 of which were fragmented because they have specifics related to different categories, so each fragment was counted as a different proposal. After all adjustments were applied, 37 proposals were analyzed and arranged in a timeline. In general, 59.5% of the proposals were covered by a regulation and 40.5% were not contemplated. This data points to the failure that SUS managers, policy makers and Social Control itself are having in relation to the control of the outcomes from the National Health Conferences. **CONCLUSION:** The study allowed to observe that in addition to conducting the Health Conferences, their products are not found in the final reports, that the managers of each sphere take ownership of the demands and apply them to

health policies or develop new policies and programs that are in line with actual health needs. The Health Councils and the population also play the important role of closely monitoring the outcomes of Social Control's requests as a whole, including the proposals that are results from the health conferences. They also play a key role on monitoring and collecting responses and actions from SUS health managers and professionals.

KEY WORDS: Consumer Participation, Health Conferences, Primary Health Care, Healthcare Financing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das normativas relacionadas ao Financiamento da APS, 2016.....	34
---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Período e temas das 12 ^a , 13 ^a e 14 ^a Conferências Nacionais de Saúde..	25
Figura 1. Etapas do Ciclo de Políticas Públicas.....	26
Quadro 2. Panorama Histórico da APS no Brasil, 2016.....	28
Figura 2. Disposição e critérios de exclusão das propostas, 2016.....	37
Figura 3. Categorização das propostas, 2016.....	38
Figura 4. Linha do tempo da categoria de Repasses Financeiros, 2016.....	41
Quadro 3. Relação de normativas da categoria de Repasses Financeiros, 2016....	42
Figura 5. Linha do tempo da categoria de Recursos Financeiros para a ESF, 2016.	48
Quadro 4. Relação de normativas da categoria de Recursos Financeiros para a EFS, 2016.....	49
Figura 6. Linha do tempo da categoria de Piso da Atenção Básica, 2016.....	53
Quadro 5. Relação de normativas da categoria de Piso da Atenção Básica, 2016.	54
Figura 7. Linha do tempo da categoria de Ampliação de Serviços, 2016.....	58
Quadro 6. Relação de normativas da categoria de Ampliação de Serviços, 2016...	59
Figura 8. Linha do tempo da categoria Estrutura Física, 2016.....	62
Quadro 7. Relação de normativas da categoria de Estrutura Física, 2016.....	63
Figura 9. Linha do tempo da categoria de Recursos Humanos, 2016.....	69
Quadro 8. Texto das propostas da linha do tempo de Recursos Humanos, 2016....	70
Quadro 9. Relação de normativas da categoria de Recursos Humanos, 2016.....	71
Quadro 10. Matriz documental para análise dos relatórios das Conferências.....	87

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVO GERAL	20
3.1. Objetivos Específicos	20
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
4.1. Participação da Sociedade na Saúde.....	21
4.2. Conferências Nacionais De Saúde	24
4.3. Ciclo De Políticas Públicas	25
4.4 – Histórico das Políticas de APS no Brasil	27
4.5. Financiamento da APS	30
5. MÉTODO	32
5.1. Procedimentos	32
5.2. Oportunidades e limitações do estudo	34
5.3. Aspectos éticos.....	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
6.1. Análise das propostas de APS das Conferências Nacionais de Saúde:	36
6.2. Caracterização das normativas sobre Financiamento da APS:	39
6.3. Análise da relação entre as propostas e as normativas de financiamento da APS	39
6.3.1. Repasses financeiros	40
6.3.2. Recursos financeiros para a ESF.....	47
6.3.3. Piso da Atenção Básica (PAB).....	52
6.3.4. Ampliação de Serviços.....	57
6.3. 5. Estrutura Física.....	61
6.3.6. Recursos Humanos	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÊNDICE 1	87

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é pautado por princípios e diretrizes que visam o bem estar da população. A universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde, bem como a participação social e a descentralização político-administrativa são garantidos pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A atual configuração normativa que rege o SUS é fruto de iniciativas populares, um exemplo histórico foi o advento da Reforma Sanitária Brasileira que uniu movimentos sociais, profissionais do setor saúde, estudantes e professores universitários em prol da democratização da saúde (PAIM, 2008).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), maiores instâncias deliberativas de participação social no SUS, também marcaram historicamente as conquistas em saúde. Até o momento da redação deste trabalho ocorreram quinze CNS, a primeira foi estabelecida pela Lei n. 378, de 13/01/1937, convocada em 1941 e com participação em suma intergovernamental (BRASIL, 2009). Nas primeiras sete conferências apenas representantes do governo e profissionais de saúde participavam, somente na oitava é que a sociedade civil passou a ter espaço nas discussões e deliberações. A oitava CNS ocorreu em 1986, foi um espaço de ampla mobilização social e de grande representatividade, contou com a participação de representantes de todas as instâncias envolvidas com o setor saúde (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço) e é um marco referencial pela grande influência que desempenhou na organização do atual sistema de saúde. A última conferência realizada, a 15ª CNS, aconteceu em 2015 e assim como a oitava, teve grande representatividade e paridade na distribuição de vagas para delegados.

As conferências apresentam como produto um relatório final com todas as propostas e moções que foram deliberadas e aprovadas durante todas as discussões. Um longo processo é percorrido até que se chegue a esse produto final, para tal é necessário intensa mobilização em âmbito local, municipal, estadual e só então nacional. (FARIA; SILVA; LINS, 2012). Por se tratar de um importante espaço de participação social, se faz fundamental saber se as propostas que foram amplamente discutidas e aprovadas por um processo legítimo de votação tem tido influência nos processos de tomada de decisão em políticas públicas de saúde, se estão sendo contempladas nas normativas de saúde que surgem após a realização

das conferências e/ou se já estavam contempladas por normativas antecedentes, para se discutir então o atual desfecho das CNS no Brasil.

Através do presente estudo, analisou-se se as propostas aprovadas na 12^a, 13^a e 14^a CNS foram contempladas em normativas nacionais, no âmbito do financiamentos da atenção primária.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 em seu Art. 1º, as Conferências Nacionais de Saúde existem para garantir a participação dos usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço na proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional (BRASIL, 1990a). A cada quatro anos, representantes de cada segmento se mobilizam para fazer suas propostas chegarem até a etapa nacional e se deslocam de seus municípios e estados para defender tais propostas e representar as demandas locais. Todo o processo descrito requer investimento financeiro e de recursos humanos por parte do Estado e a mobilização que tange esse momento demanda tempo e muito esforço dos atores envolvidos.

Apenas discutir e definir demandas e prioridades não é suficiente para que tal momento de participação social seja efetivo. As conferências têm como produto final, um apanhado de demandas que são amplamente discutidas e rediscutidas e que são registradas em formato de relatório final, entretanto, pouco se discute a respeito de como essas demandas/propostas interferem nas normativas que surgem após a realização das conferências, existem poucos estudos que investigam isso.

Dessa forma, se faz necessário compreender a realidade do momento pós-conferência, saber o que de fato é contemplado em normativas e políticas de saúde, para constatar se seu objetivo está sendo alcançado e pensar em novos formatos, para então garantir que todos os esforços que uma conferência nacional demanda, sejam aproveitados ao máximo.

A graduação em Saúde Coletiva possibilita para além do embasamento teórico, vivências que dão significado e apontam a importância de estudar amplamente o SUS para obter uma gestão qualificada. Experiências práticas pessoais foram também motivadoras para o presente estudo. A participação como relatora nas plenárias livres e na V Conferência de Saúde da Região Oeste (Ceilândia e Brazlândia), como delegada na Conferência do Distrito Federal e como apoio na 15ª CNS gerou inquietações e extrema vontade de entender sobre até que ponto aquelas deliberações influenciam na tomada de decisão e na elaboração de normativas voltadas para a saúde, bem como de estudar de forma aprofundada a temática.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Atenção Primária a Saúde (APS) tem como um de seus objetivos desenvolver uma atenção a saúde integral que impacte positivamente na situação de saúde e na autonomia das pessoas e das coletividades. É considerada a coordenadora do cuidado e a ordenadora das redes de atenção à saúde e por isso deve ser a porta de entrada e serviço de primeiro contato preferencial do SUS (BRASIL, 2011a).

Starfield (2002) enfatizou que sistemas de saúde que focam na atenção primária apresentam melhores indicadores de saúde em decorrência de seus cuidados serem efetivos e estarem atrelados à princípios do SUS como o da integralidade e equidade.

O enfoque na APS, para além do significativo e essencial papel desempenhado no SUS, se deu também por vivências pessoais enriquecedoras nos Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva I e II, que ocorreram no âmbito da Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) da Região Oeste. O enfoque no financiamento da APS aconteceu pela importância do financiamento da saúde para a sustentação e aprimoramento do SUS e também pelos achados encontrados durante o percurso metodológico da pesquisa, que será explicitado no capítulo “Metodologia”.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar se propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde foram contempladas em normativas nacionais, no âmbito do financiamento da atenção primária.

3.1. Objetivos Específicos

1. Analisar os regimentos e as propostas aprovadas na 12^a, 13^a e 14^a Conferência Nacional de Saúde, relacionadas ao financiamento da Atenção Primária a Saúde;
2. Identificar as normativas aprovadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do financiamento da Atenção Primária a Saúde a partir de 1986, data em que ocorreu a 8^a Conferência Nacional de Saúde;
3. Cotejar se as normativas aprovadas pelo Ministério da Saúde no período escolhido estiveram em consonância com os pleitos das Conferências de Saúde analisadas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Participação da Sociedade na Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir de iniciativas populares, como o movimento da Reforma Sanitária, que teve como pauta a democratização da saúde a partir do advento do direito universal aos serviços e ações sanitárias, financiados e oferecidos pelo Estado. Nesse contexto, profissionais da saúde, movimentos sociais e cidadãos se uniram para lutar por um sistema universal, integral, público e de qualidade. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as propostas voltadas para o SUS foram votadas e na Constituição de 1988 esse novo sistema foi instituído (FALEIROS, et al, 2006).

De acordo com Correia (2006) a participação da comunidade foi fortalecida através do processo de democratização no setor saúde na década de 80, tal participação é garantida como princípio e diretriz do SUS pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b). A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, no planejamento, na organização, no controle e fiscalização das ações e serviços de saúde. Os mecanismos indicados para a sua efetivação são os conselhos e as conferências de saúde (BRASIL, 1990a).

Em 2003, com a resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, foi instituída a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados (BRASIL, 2003). Essa normativa foi substituída pela resolução nº 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de forma mais abrangente sobre questões relativas à composição dos conselhos de saúde. Os conselhos devem ser compostos 50% por entidades e movimentos representativos de usuários, 25% por entidades representativas dos trabalhadores da área da saúde e 25% por representação de governo e prestadores de serviços provados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012).

Como estratégia de viabilização dessa participação, foram criados os conselhos municipais, estaduais, distrital e nacional de saúde, bem como as conferências municipais, estaduais, distrital e nacional de saúde. Porém apenas a criação desses espaços não garante que a participação social de fato aconteça, para além da criação é necessário que as pessoas que ocupam os espaços estejam participando com o objetivo de lutar por todos os direitos que são garantidos pela Constituição Federal do Brasil e que por vezes, são negligenciados. Para que a

participação social seja de fato resolutiva, a sociedade civil precisa se perceber como parte de um todo, como atores que possuem a obrigação de lutar por seus direitos, de fiscalizar as ações e financiamento e de ter parte nos processos criativos e de tomada de decisão (VIEIRA, et al, 2013).

A participação da comunidade na saúde é fundamental para garantir a constitucionalidade do cumprimento e garantia dos direitos da população. Essa participação deve estar intimamente ligada ao objetivo de implementar o que as legislações pautam a respeito do SUS, dessa forma a comunidade deve ter como norte os objetivos do SUS, seus princípios, diretrizes e suas funções (CARVALHO, 2007).

O Art. 196 da Constituição Federal garante que a saúde é direito de todos e dever do estado, o SUS tem como um de seus princípios a universalidade e a integralidade da atenção à saúde, sendo assim, a única forma de busca de garantia do que é previsto pela legislação é através da participação e empenho de todos os atores sociais que estão envolvidos na política de saúde (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 103).

De acordo com Carvalho (2007), é possível garantir o direito social a saúde, cidadania e dignidade quando para além de cobrar os direitos, os cidadãos cumprem com suas obrigações individuais e coletivas em seus respectivos cotidianos. Obrigações como a prática da não corrupção e o controle e fiscalização das ações e serviços de saúde que são executadas, por exemplo.

A união da sociedade civil em prol de seus objetivos já gerou historicamente inúmeros impactos nas realidades sociais. Porém há cerca de quatro décadas atrás, o envolvimento da população na resolução de problemas políticos e sociais era muito mais forte e resolutivo do que na atualidade. Segundo Carvalho (2007), na década de 60, a luta contra a ditadura uniu muitas pessoas, assim como a luta pelos direitos das minorias.

Se trouxermos essa constatação para o âmbito da saúde, se faz possível perceber que quando o sistema de saúde do Brasil assistia apenas aos trabalhadores com carteira assinada e era voltado estritamente para a visão

biomédica e hospitalocêntrica da saúde, um grande quantitativo de usuários, profissionais da saúde e movimentos sociais se uniram em busca de melhores condições de saúde. As mudanças geradas por essa mobilização na Reforma Sanitária foram de grande impacto na realidade sanitária, se tornaram base para a implantação de um novo sistema, que passou a ter que assistir a população de forma universal, integral e equânime. Ao se comparar o engajamento social desse contexto com o atual, nota-se que a mobilização comunitária tem perdido parte de sua força. Carvalho (2007) aponta possíveis explicações para esse fenômeno, uma delas é a de que as pessoas só lutam por aquilo que precisam e que uma vez atingido seu objetivo ou parte dele, param de participar dos movimentos populares. A outra explicação é a de que as pessoas estejam cansadas de buscar melhorias através da participação popular e de não ver resultados.

4.2. Conferências Nacionais De Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) antecedentes a 8ª, apresentaram características estruturantes diferentes do que atualmente é preconizado pelas normativas que versam sobre o controle social em saúde. Não contaram com a participação dos usuários dos serviços de saúde e ocorreram com diferentes intervalos de tempo entre cada uma delas (BRASIL, 2009).

A 1ª CNS aconteceu em 1941 e somente nove anos depois, em 1950 a 2ª CNS foi realizada. Em 1963, treze anos após a anterior, a 3ª CNS foi convocada e em decorrência do Golpe Militar as suas propostas foram impedidas de serem implementadas. Se passado quatro anos, em 1967, ocorreu a 4ª CNS que foi caracterizada por debates técnicos realizados por especialistas e autoridades do Ministério da Saúde, sobre “Recursos Humanos para as atividades de saúde”. Em 1975 aconteceu a 5ª CNS, que teve como principal contribuição as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde. A 6ª CNS foi realizada em 1977 e seus debates foram voltados para as estratégias de implementação de programas governamentais. Três anos depois, realizada em 1980 a 7ª CNS foi a última conferência realizada durante o regime militar, suas discussões foram a respeito da extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos e incluiu nas pautas as temáticas relativas aos recursos humanos, financiamento e participação comunitária (BRASIL, 2009).

A 8ª CNS, presidida pelo sanitarista Sérgio Arouca (ANDRADE, et al, 2013), marcou a história das conferências e das políticas de saúde em antes e após a sua realização. É considerada um referencial por ter pleiteado a ampliação da participação social na escolha dos delegados e por ter debatido amplamente o conceito de saúde, direito social e o papel do Estado na saúde. Seu relatório final é conhecido como pré-constituente da saúde (GADELHA, 2015).

Tanto Gadelha (2015) como Brasil (2009) afirmam que da oitava à décima primeira CNS os pleitos das conferências foram relacionados a avanços e otimização do controle social e à implementação do SUS. A 9ª CNS teve um tópico exclusivo sobre o controle social na saúde para definir regras de formação, funcionamento e mecanismos. Teve como tema “municipalização é o caminho” e sua principal contribuição foi a descentralização e a ideia de conferências estaduais e municipais como antecedentes à nacional.

A 12ª, 13ª e 14ª CNS foram marcadas por dificuldades de diálogo e organização entre os participantes. Isso tem gerado nos participantes de todos os segmentos e nos acadêmicos que estudam o controle social, o anseio de realizar conferências semelhantes à oitava (GADELHA, 2015). No quadro abaixo é possível observar os períodos de realização de tais conferências e suas respectivas temáticas.

Quadro 1. Período e temas das 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde.

CONFERÊNCIA	PERÍODO	TEMA
12ª Conferência Nacional de Saúde	7 a 11 de dezembro de 2003	“Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”
13ª Conferência Nacional de Saúde	14 e 18 de novembro de 2007	“Saúde e Qualidade de Vida Políticas de Estado e Desenvolvimento”
14ª Conferência Nacional de Saúde	30 de novembro a 4 de dezembro de 2011	“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios finais das três conferências.

4.3. Ciclo de Políticas Públicas

O conceito de política pública pode ser abrangente e se moldar a visão de cada pesquisador da área da Ciência Política. Para Secchi (2013) a política pública é uma diretriz que pode ou não ser implementada. Nesse conceito, o estado aparece como protagonista no processo de tomada de decisão em política pública.

Com o objetivo de facilitar a compreensão deste tema, surge a ferramenta conhecida como ciclo de políticas públicas, que assim como o conceito supracitado, possui diferenças de autor para autor. O ciclo é composto por fases que não seguem obrigatoriamente a mesma sequência, podendo assim se misturar (READER, 2015). O modelo de Reader é composto por cinco fases, que estão ilustradas na figura 1.

Figura 1. Etapas do Ciclo de Políticas Públicas.



Fonte: READER, S., 2015.

Os problemas que entram para o ciclo são os problemas públicos que são considerados prioridade e que possuem viabilidade de implementação por parte do governo. Muitos problemas não chegam a avançar para as demais fases por questões como falta de recursos ou de interesse político, por exemplo. Se faz necessário compreender a diferença entre a falta de uma política pública e um problema na implementação de tal por falha de algum ator em uma fase do ciclo (READER, 2015).

De acordo com Secchi (2013), existem três modelos de tomada de decisão: o de racionalidade que pode ser absoluta ou limitada, o incremental e o modelo de fluxos múltiplos. O autor do parágrafo anterior explana em seu trabalho, a diferença entre o modelo de racionalidade e o modelo de fluxos múltiplos, conhecido como “lata do lixo”, como exposto a seguir:

No modelo de racionalidade absoluta, entende-se que a decisão é fruto de uma atividade puramente racional, enquanto que na racionalidade limitada são reconhecidas as limitações cognitivas e informativas dos agentes decisões. No modelo de fluxos múltiplos, a política pública é tomada como dependente da confluência de problemas, soluções e condições políticas favoráveis. Nessa abordagem se admite que haja janelas de oportunidade, que favorecem o lançamento de soluções em condições políticas favoráveis (READER, 2015, p.132).

O modelo de ciclo de políticas públicas pode ser utilizado para auxiliar a compreender os possíveis contextos das propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e suas potenciais (ou não) forças para a concretude de alguma ação por parte do Estado, indicada pela elaboração de normatizações condizentes (ou não) com as propostas elaboradas.

4.4 – Histórico das Políticas de APS no Brasil

A Atenção Primária a Saúde no Brasil é marcada por movimentações e mobilizações políticas que permearam diversos países e alcançaram o âmbito internacional, mobilizações essas que foram fruto da extrema insatisfação com a conjuntura internacional de saúde do período.

O modelo assistencial de saúde durante grande parte da história foi o modelo biomédico focado na doença. Desde a década de 1960 começaram a surgir inúmeras críticas a esse modelo, por não abranger as práticas populares de saúde, ser extremante intervencionista e elitizar o saber médico. Em 1970 foi demandado um novo modelo de atenção à saúde que democratizasse o saber médico, dando autonomia para as pessoas no que tange a sua própria saúde. Outra crítica marcante desse período histórico foi ao modelo vertical de intervenção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse contexto começou a mudar em 1973, quando Halfdan T. Mahler da Dinamarca assumiu a direção da OMS, reelegendo-se por dois períodos de 5 anos cada e propôs em 1976 a meta Saúde para Todos no ano 2000. Essa grande inquietação resultou na organização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que aconteceu em Alma-Ata, URSS, no ano de 1978 (CUETO, 2004).

A Conferência de Alma-Ata teve como pauta de discussão todas as inquietações citadas anteriormente e marcou a história da APS mundialmente por ter como vertente base a promoção da saúde de todos os povos do mundo. A partir das discussões foi formulada uma declaração considerada inovadora e abrangente, por dar origem ao conceito ampliado de saúde, a noção de saúde como direito humano fundamental, por afirmar a responsabilidade dos governos sobre a saúde dos indivíduos, dentre outras coisas (GIL, 2006).

A declaração de Alma-Ata, mais especificamente a partir do artigo VI em diante, aborda como os cuidados primários de saúde devem acontecer e destaca a

importância de levar a atenção à saúde para o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham, a necessidade do estabelecimento de vínculo entre o profissional e as famílias e o papel fundamental dos determinantes sociais de saúde na situação de saúde de uma população. O modelo de atenção à saúde no qual a APS é o serviço de primeiro contato de um sistema nacional de saúde, foi fruto também dessa declaração. Outro aspecto da Declaração de Alma-Ata muito relevante para o presente estudo foi o destaque da necessidade de promover a autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

O quadro abaixo apresenta um panorama histórico a respeito das políticas de APS no Brasil, baseado no capítulo 16 – Atenção Primária a Saúde de Giovanella e Mendonça, (2014).

Quadro 2. Panorama Histórico da APS no Brasil, 2016.

PERÍODO/ANO	MARCO HISTÓRICO
1920	Implantação de serviços referentes à Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil.
1930	A saúde pública no Brasil foi consolidada como função do Estado.
1940	Criação dos Serviços Nacionais de Saúde que eram voltados para doenças específicas e do Serviço especial de Saúde Pública (Sesp), unidades primárias de saúde com ações coletivas e preventivas, voltadas ao modelo biomédico de atenção à saúde..
1953	Criação do Ministério da Saúde.
1966	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Nesse período o sistema de saúde era focado na seguridade social.
1970	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participação da universidade (departamento de medicina preventiva) no desenvolvimento da saúde com olhar integral ao indivíduo. 2. As proposições da APS em âmbito internacional (Conferência de Alma-Ata) entraram em pauta na agenda brasileira. 3. Criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), programa esse que implementou serviços de 1º nível em cidades de pequeno porte.
1980	Através de uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), foi proposto o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsau), que apesar de não

	ter sido aprovado, impulsionou a discussão sobre a universalização da assistência em saúde.
1982	O Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) possibilitou a descentralização da formulação de políticas.
1985	O programa de Ações Integradas em Saúde (AIS) desempenhou papel fundamental na ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros, como parte do sistema de saúde brasileiro.
Entre 1984 e 1987	Foram criados programas de atenção primária voltados para grupos populacionais específicos, como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), programas esses que fazem parte da atual realidade da atenção primária no SUS.
1990	Surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que ampliou a lógica da APS, levando o profissional de saúde para mais perto da população.
1993	Através da portaria MS n. 692, de dezembro de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído.
1994	Criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).
1996	A norma operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS, 01/96) estabeleceu um novo modelo de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes - fixo e variável.
2006	A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2008	Criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).
2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que instituiu um componente de qualidade no PAB variável relacionado »desempenho das equipes. 2. A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Dando origem assim à PNAB 2012.

Fonte: Elaboração própria a partir do capítulo de Atenção Primária a Saúde, GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M., 2014.

De acordo com Mendes (2012), pode-se interpretar a APS de três formas distintas: como atenção primária seletiva, voltada para a visão de oferta de

tecnologias simples e de baixo custo; como nível primário de um sistema, que focaliza a sua atribuição em organizar a porta de entrada; e por fim como estratégia de organização do sistema, que dos três, é o conceito mais amplo e completo.

A APS no Brasil, normativamente é caracterizada como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, porém na prática ainda possui traços dos outros dois tipos (MENDES, 2015).

A PNAB é atualmente instituída pela Portaria 2.488 de 2011, que revogou a sua versão anterior representada pela Portaria 648 de 2006. Tem como objetivo nortear serviços de saúde, regiões de saúde, municípios, estados e até mesmo gestores e profissionais de saúde da união a respeito das finalidades, dos princípios, das diretrizes, funções e responsabilidade de cada ente no que tange a APS (BRASIL, 2011a).

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011, p.19-20)

4.5. Financiamento da APS

O financiamento da atenção primária no decorrer da história da APS no Brasil foi impactado pelas importantes mudanças políticas e estruturantes pelas quais o sistema de saúde passou. A década de 1990 foi marcada por grande investimento aplicado à ampliação do acesso a saúde, como também pelo processo de descentralização que demandou uma organização entre os entes federativos em relação as suas respectivas responsabilidades (CASTRO; MACHADO, 2010).

As Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) desempenharam papel relevante no fortalecimento do SUS e na descentralização político-administrativa através de orientações operacionais. A NOB_SUS nº 96, aprovada pela Portaria 2.203/1996, redefiniu o modelo de gestão do SUS, a relação entre as três esferas de gestão e o papel de cada uma e instituiu o Piso Assistencial Básico (BRASIL, 1996).

Em 1998, o Piso da Atenção Básica (PAB) foi redefinido através da Portaria 3925/1998, que além de dispor sobre o PAB, aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. De acordo com a normativa, os

recursos do PAB Fixo são calculados de forma per capita e repassados do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais através de transferência regular e automática, os recursos do PAB Variável eram responsáveis por 70% do custeio da Saúde da Família (BRASIL, 1998).

De acordo com Castro e Machado (2010), o PAB não passou por nenhum ajuste desde a sua implementação até o ano de 2003. Contudo, Marques e Mendes (2003) afirmam que de 1998 a 2001 o valor do PAB Fixo decresceu (8,47%) e do PAB Variável aumentou (26,04%), levando pela primeira vez ambos os recursos a igualarem-se.

Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica e os Blocos de Financiamento, a partir das portarias atualmente revogadas 648/2006 e 698/2006 respectivamente.

Na atual configuração do SUS, existem seis Blocos de Financiamento, os quais são constituídos por componentes de acordo com as especificidades de seus serviços de saúde. Dentre os seis, está o bloco de Atenção Básica, que possui dois componentes: o PAB Fixo e o PAB Variável. O PAB fixo está relacionado ao financiamento de ações de atenção básica a saúde através de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e ao Distrital. O variável também é repassado fundo a fundo, porém é realizado mediante adesão e implementação de estratégias (BRASIL, 2007).

Art 11. O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; (Revogado pela PRT nº 1408 de 10 de julho de 2013). V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (BRASIL, 2007).

Segundo informações disponibilizadas no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, o valor do PAB Fixo em 2012 variou de acordo com critérios entre R\$ 25,00, R\$ 23,00, R\$21,00 ou 20,00 per capita/ano (BRASIL, 2016).

5. MÉTODO

O presente estudo é descritivo, de caráter transversal e de abordagens qualitativa e quantitativa. Compuseram o universo do estudo os documentos resultantes da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreram em 2003, 2007 e 2011 respectivamente, bem como as normativas relacionadas ao financiamento da Atenção Primária a Saúde que surgiram a partir de 1986, por ser o ano em que ocorreu a 8ª CNS. O recorte temporal das conferências foi escolhido por que se tinha o interesse de pesquisar as três últimas CNS que tinham seus relatórios finais publicados até o momento do estudo. E o recorte temporal das normativas foi de 1986 a 2016 para obter as normativas desde o momento inicial do SUS até 2016.

Os relatórios das conferências nacionais foram levantados no site do Conselho Nacional de Saúde, disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. A busca das normativas foi realizada na base de dados Saúde Legis, sistema de legislação da saúde, criado pelo Ministério da Saúde, disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>.

5.1. Procedimentos

A realização do estudo foi organizada e dividida nas seguintes etapas:

1- Coleta dos dados iniciais: Foram levantadas todas as propostas relacionadas à Atenção Primária a Saúde (APS) dos relatórios finais das conferências estudadas. Os documentos foram salvos no formato PDF, e as propostas foram levantadas a partir da busca nos documentos com a utilização de três descritores: “*atenção básica*”, “*atenção primária*” e “*saúde da família*”. Optou-se por utilizar o descritor “*saúde da família*” para que os termos Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família e Equipe de Saúde da Família fossem incluídos no estudo.

2- Análise documental: As propostas foram organizadas em uma matriz documental apresentada no apêndice 1, que norteou o levantamento dos dados nos documentos alvo de análise. A matriz contém quatro colunas: documento da proposta, descritor de busca, proposta e eixo em que a proposta se encontra em seu documento original.

3- Aplicação de critérios de exclusão: Em adequação ao objetivo da pesquisa, foram retiradas as propostas que solicitavam que normativas já existentes fossem colocadas em prática. Foram observadas semelhanças entre algumas propostas e dessa forma, as que eram semelhantes à outra dentro da mesma conferência foram unidas e passaram a ser contadas como uma única proposta.

4- Categorização das propostas levantadas e delimitação do estudo: As categorias das propostas foram criadas a posteriori, ou seja, a partir dos achados que emergiram durante a análise. Mesmo trabalhando com categorias a posteriori, optou-se por uma estratégia de organização dessas categorias, dessa forma, as propostas foram divididas em cinco categorias: propostas que versam sobre recursos humanos, propostas que versam sobre estrutura, propostas que versam sobre processo, propostas que versam sobre financiamento e propostas que versam sobre controle social. Essa organização foi baseada nas três categorias da qualidade do cuidado de Donabedian (1988), que são: estrutura, processo e resultado. Por se tratar de propostas advindas de Conferências de Saúde, optou-se por não utilizar a categoria de resultado. Outras três categorias foram criadas para abarcar as propostas que não se enquadraram em estrutura e processo. Dessa forma foi criada uma categoria específica para recursos humanos, uma vez que se tratou de um eixo com quantidade importante de propostas, que pode ser explicada pelo fato dos trabalhadores da saúde compor um dos segmentos da conferência. A categoria de financiamento foi criada pela quantidade significativa de propostas e por perpassar tanto a categoria de estrutura como a de processo. Por fim, foi adicionada a categoria de Controle Social, por existirem propostas que abordam questões específicas do controle social.

A delimitação do estudo à categoria de financiamento se deu também a posteriori, quando em determinado ponto foi observado que as propostas versavam em sua maioria sobre o financiamento da atenção primária a saúde. Foi necessário focar em uma das categorias para que o terceiro objetivo específico do presente estudo fosse de passível alcance.

5- Levantamento das normativas sobre Financiamento da APS: Foram incluídas as normativas do tipo: decreto, lei, portaria, portaria conjunta e portaria interministerial que versam sobre o financiamento da APS, publicadas do dia 21 de

março de 1986 ao dia 22 de setembro de 2016. A data inicial é referente ao último dia de realização da 8ª CNS e a data final se refere ao dia em que foi iniciado o levantamento das normativas no Saúde Legis. Foram utilizadas tanto as normativas que estão em vigor como as revogadas.

6- Cruzamento entre as propostas das conferências e as normativas levantadas: O cruzamento de dados qualitativos foi realizado com o intuito de verificar se as normativas aprovadas pelo Ministério da Saúde no período escolhido estiveram em consonância com os pleitos das Conferências de Saúde analisadas. Para tal foi utilizado o software de análises qualitativas Maxqda.

O método utilizado foi a análise de conteúdo. Para Bardin, esse é um método com aspectos qualitativos e quantitativos, uma vez que o objeto de análise passa pela observação de quantas vezes determinada palavra se repete em um discurso ou documento, por exemplo. Através de um conjunto de instrumentos sistemáticos se torna possível observar a mensagem de forma mais eficiente. Estabelecer as palavras-chave da pesquisa, categorizar os dados obtidos e definir uma amostra, facilita a obtenção e a interpretação dos dados (BARDIN, 1997).

Para essa etapa, foram criadas novas categorias que atendessem tanto às propostas de financiamento da APS como às normativas. Sendo assim o cruzamento de dados foi organizado em:

1. Repasses financeiros;
2. Recursos financeiros para a Estratégia Saúde da Família;
3. Piso da Atenção Básica (PAB);
4. Ampliação de serviços;
5. Estrutura física;
6. Recursos humanos.

5.2. Oportunidades e limitações do estudo

O estudo tornou possível analisar se o objetivo de propor diretrizes para a política de saúde foi atingindo nas três últimas conferências. Essa análise poderá impulsionar novos horizontes no que tange a participação da sociedade através das conferências.

As limitações são referentes à fragilidade no Sistema de Legislação da Saúde - Saúde Legis, que no momento de realização do estudo apresentou problemas em seu filtro de busca, dessa forma a inclusão das normativas foi

realizada a partir da leitura das ementas de cada normativa e da pesquisa de termos do financiamento como financiamento, orçamento e custo, por exemplo.

5.3. Aspectos éticos

O estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não utilizou seres humanos (em abordagem de entrevistas e/ou procedimentos), mas sim dados consolidados dos sistemas de informação e de documentos que são de acesso público.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, encontrou-se 35 propostas sobre o financiamento da APS, porém duas foram retiradas, uma por não atender aos critérios de inclusão e outra por não ser compatível com nenhuma das categorias do estudo. Por isso, não foram submetidas ao terceiro objetivo deste estudo.

A proposta 13 (pg. 149) da 12ª CNS foi retirada por não se enquadrar em nenhuma categoria:

PROPOSTA 13 (pg. 149). Prosseguir com a discussão nos Conselhos de Saúde visando à determinação de parâmetros para a elaboração de planilha de itens orçamentários, com a finalidade de proporcionar a indispensável visibilidade, sem superposições, dos seguintes conjuntos de itens: custeio, investimentos, atenção básica, média complexidade e alta complexidade (Relatório da 12ª CNS).

A proposta 12 (pg. 30) da 14ª CNS foi retirada por demandar que uma legislação do financiamento da APS já existente fosse revisada:

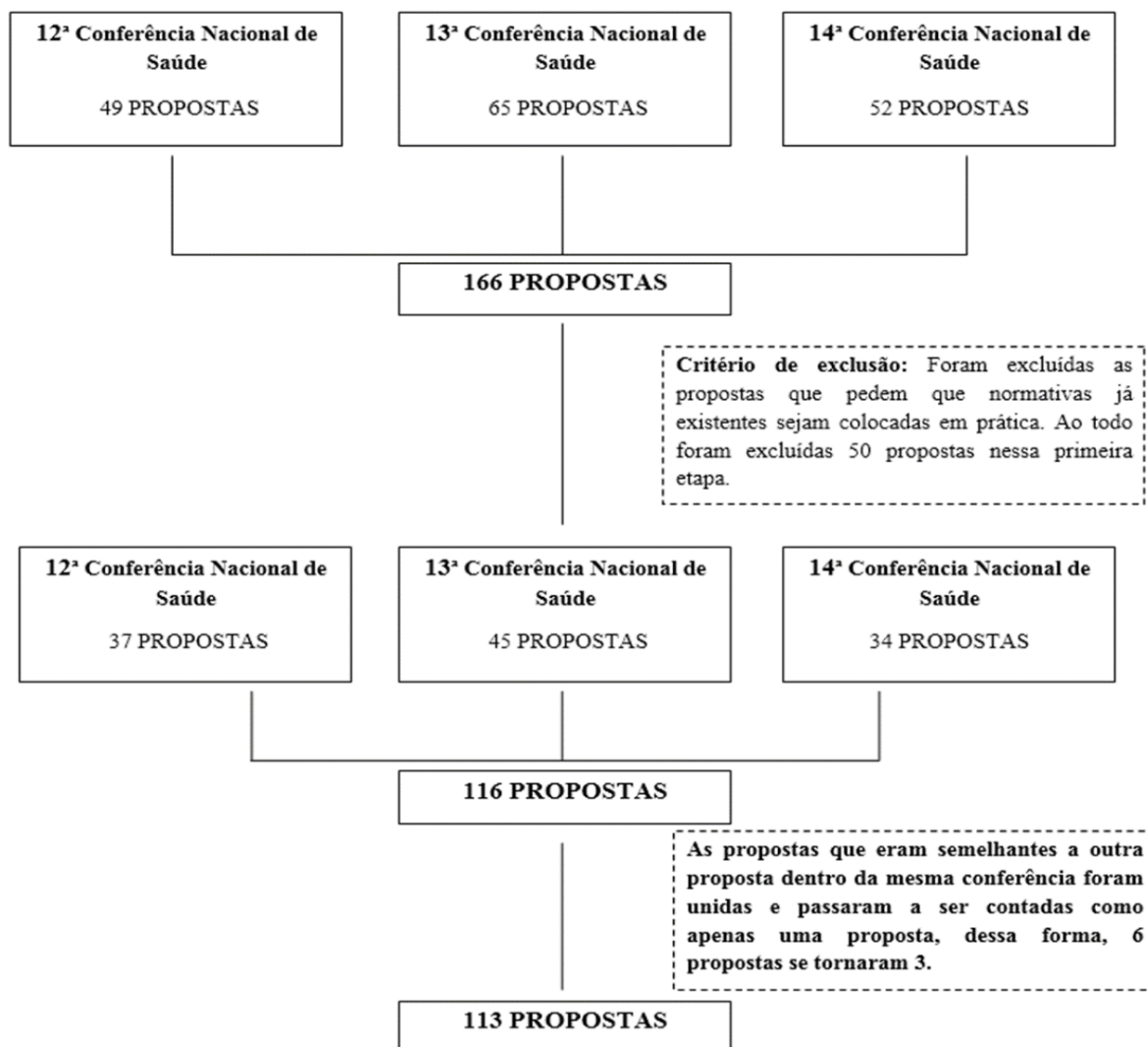
PROPOSTA 12 (pg. 30). Revisar a Legislação que trata da transferência de recursos por Bloco de Financiamento, permitindo o remanejamento dos mesmos entre os Blocos: Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais (Relatório da 14ª CNS).

Restaram assim 33 propostas, 6 dessas foram fragmentadas por possuir especificidades relativas a categorias diferentes, desta forma cada fragmento foi contabilizado como sendo uma proposta diferente. Após aplicados todos esses ajustes, teve-se 37 propostas que foram analisadas e estão detalhadas nos tópicos a seguir:

6.1. Análise das propostas de APS das Conferências Nacionais de Saúde:

Foi aplicada aos relatórios finais da 12ª, 13ª e 14ª Conferência Nacional de Saúde a busca a partir dos descritores Atenção Básica, Atenção Primária e Saúde da Família, que foram previamente estabelecidos. Desta forma foram separadas 166 propostas que versavam especificamente sobre a APS. Conforme detalhado na figura 2, página 37, após a aplicação dos critérios de exclusão obteve-se o total de 113 propostas, que se distribuem nas três conferências.

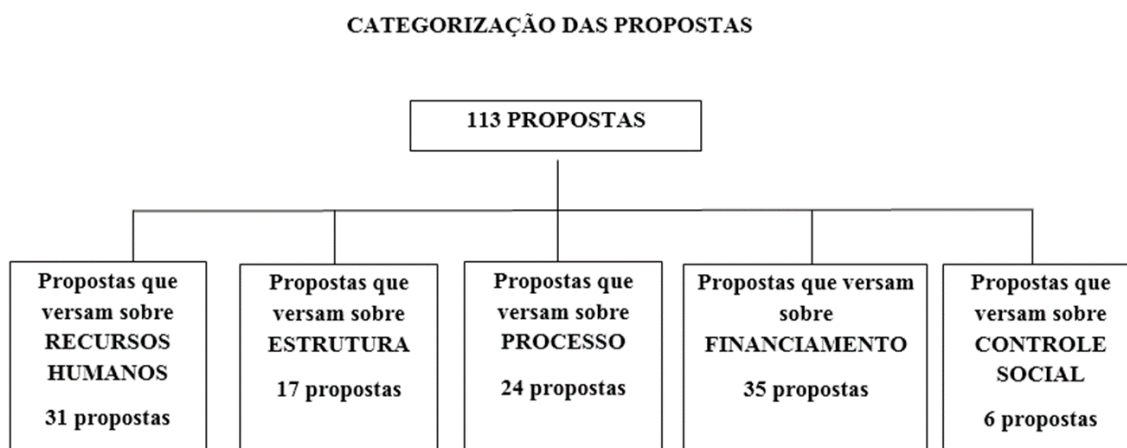
Figura 2. Disposição e critérios de exclusão das propostas, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios das conferências.

As 113 propostas finais foram divididas em seis categorias, as categoria que tiveram mais propostas foram a de financiamento e de recursos humanos respectivamente, como pode ser observado na figura 3, página 38.

Figura 3. Categorização das propostas, 2016.



Fonte: Elaboração própria.

A predominância de propostas relacionadas ao financiamento podem demonstrar a real necessidade de se pensar em estratégias que garantam o financiamento adequado para que os princípios do SUS sejam garantidos. De acordo com Mendes (2013), o subfinanciamento é um dos desafios que o SUS tem enfrentado e a explicação para tal situação é que em conjunto com o estabelecimento de um sistema de saúde com cobertura universal, não foi garantido pela Constituição Federal um financiamento público compatível com a proposta de alcance do SUS.

Em segundo lugar no que se refere à quantidade de propostas, está a categoria de recursos humanos, que leva a reflexão a respeito da necessidade de melhorar a qualificação dos atuais profissionais de saúde e do importante papel das instituições de ensino superior de aproximar a formação profissional à realidade do SUS. Outro fato evidenciado é a insuficiência de recursos humanos para garantir a universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços de saúde. As políticas voltadas à gestão do trabalho e educação em saúde têm sido amplamente discutidas desde 1990, em decorrência da necessidade de um modelo que atenda às complexidades do trabalho em saúde em uma das maiores políticas sociais do mundo (BRASIL, 2011b).

Como anteriormente mencionado, a partir desse momento o estudo passa a ser focado nas propostas e normativas que versam sobre o financiamento da APS. Sendo assim, as 35 propostas passam a ser divididas em seis novas categorias que serão explanadas separadamente nos próximos capítulos.

6.2. Caracterização das normativas sobre Financiamento da APS:

Obteve-se 151 normativas que versam em algum de seus pontos sobre questões relativas ao financiamento da APS. De acordo com a tabela 1, os tipos de normativas predominantes foram as portarias e as portarias conjuntas. Esse achado é justificado por Castro e Machado (2010 p. 695), que caracterizam as portarias como forma hegemônica de atuação do gestor federal no que tange o financiamento.

Tanto as normativas vigentes como as revogadas foram incluídas no estudo, optou-se pela não exclusão das revogadas porque elas poderiam ter atendido a algum pleito das conferências em seu período de vigência.

Tabela 1. Distribuição das normativas relacionadas ao Financiamento da APS, 2016.

TIPO DE NORMATIVA	Nº	PORCENTAGEM
Decreto	12	7,95
Lei	15	9,93
Portaria	62	41,06
Portaria Conjunta	50	33,11
Portaria Interministerial	12	7,95
TOTAL	151	100

Fonte: Elaboração própria.

A partir da realização de pesquisa lexical alargada pelo software Maxqda, observou-se que as temáticas mais frequentes foram recursos financeiros, Piso da Atenção Básica (PAB), Blocos de Financiamento, Recursos Humanos, Pacto pela Saúde e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

6.3. Análise da relação entre as propostas e as normativas de financiamento da APS

Com o intuito de facilitar a apresentação dos resultados da análise, as informações foram organizadas em forma de linha do tempo. Optou-se pela utilização desse recurso para que fosse possível observar as propostas que foram

ou não contempladas, as normativas que contemplaram ou abordaram a temática de tais e a temporalidade dos documentos apresentados.

Todos os documentos estão dispostos na linha pela ordem temporal, o fato das normativas estarem logo abaixo de alguma proposta em específico não significa que aquela normativa contempla exatamente a proposta que está acima. As normativas que estão na linha do tempo necessariamente contemplam alguma proposta ou abordam a temática de alguma não contemplada. A visualização a respeito de quais propostas são abordadas pelas normativas se faz possível nos quadros com o detalhamento de cada normativa.

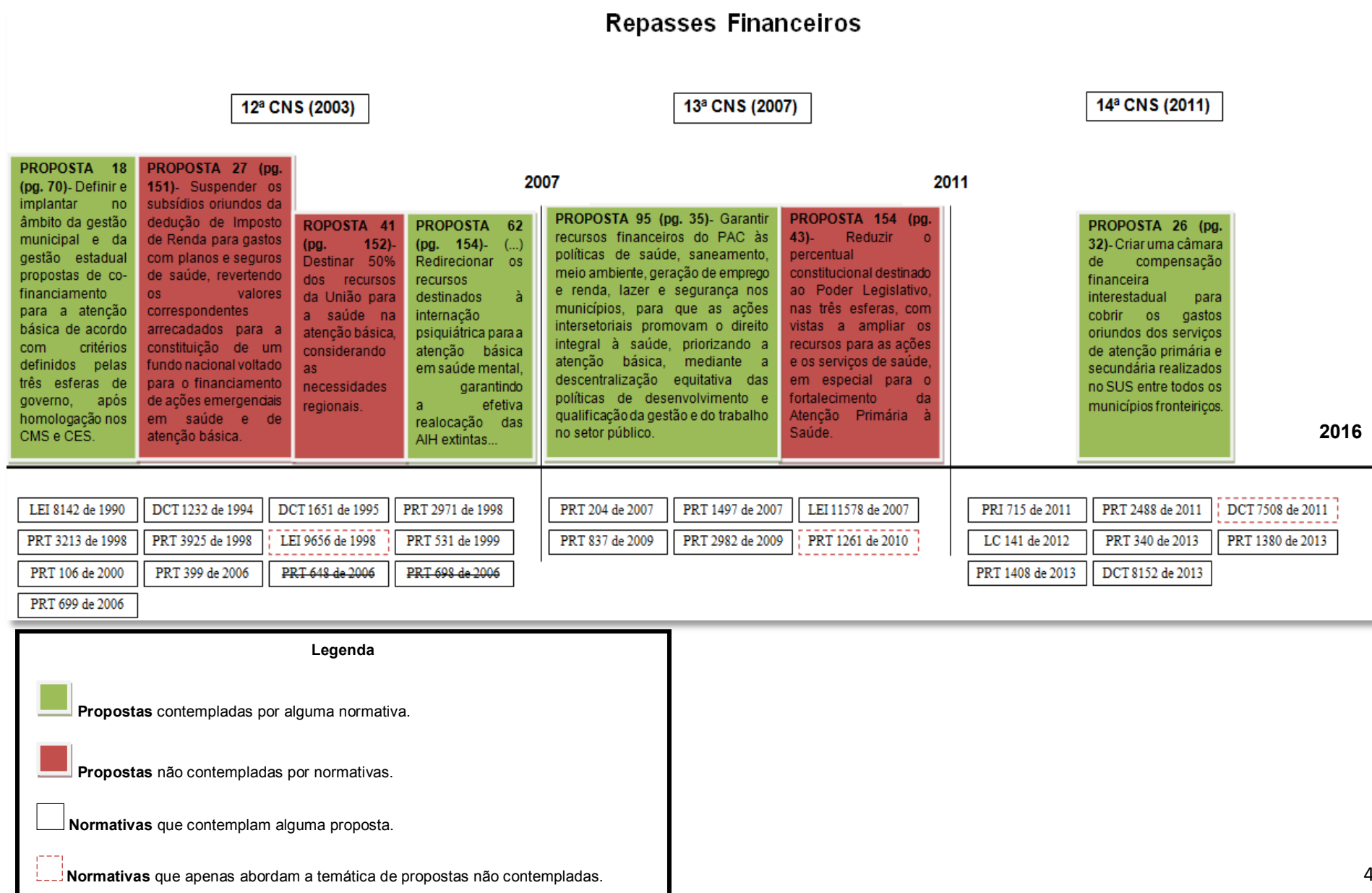
A análise foi dividida e realizada nas categorias de *“repasses financeiros”*, *“recursos financeiros para a ESF”*, *“piso da atenção básica”*, *“ampliação de serviços”*, *“estrutura física”* e *“recursos humanos”*. Algumas propostas foram divididas por tratar de mais de um assunto, sendo assim uma parte foi alocada em uma categoria e outra parte em outra, essas propostas estão marcadas com o símbolo (...).

Elaborou-se uma linha do tempo e um quadro explicativo para cada categoria, a seguir serão apresentados os principais achados da pesquisa.

6.3.1. Repasses financeiros

Observou-se a partir da figura 4 que das sete propostas da categoria de repasses financeiros, quatro foram contempladas por normativas. Das conferências estudadas, a que mais teve propostas foi a 12ª CNS que aconteceu em 2003. Em paralelo, no período de 1986 a 2006 houve maior concentração de normativas. No quadro 3 é possível observar qual ou quais propostas cada normativa contemplou ou abordou a temática.

Figura 4. Linha do tempo da categoria de Repasses Financeiros, 2016.



Quadro 3. Relação de normativas da categoria de Repasses Financeiros, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
LEI 8142 de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70) Aborda a temática das propostas: 154 da 13ª CNS (pg. 43) 26 da 14ª CNS (pg. 32)
DCT 1232 de 1994	Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
DCT 1651 de 1995	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 2971 de 1998	Dispões sobre os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde que compõem o teto financeiro da assistência dos estados e do Distrito Federal.	Contempla a proposta: 26 da 14ª CNS (pg. 32)
PRT 3213 de 1998	Remanejamento dos recursos financeiros para o custeio da assistência, estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.971/98, entre os Estados do Amapá, Maranhão, Tocantins, Pará e Piauí.	Contempla a proposta: 26 da 14ª CNS (pg. 32)
PRT 3925 de 1998	Aprova o manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
LEI 9656 de 1998	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.	Aborda a temática da proposta: 27 da 12ª CNS (pg. 151)
PRT 531 de 1999	Definição dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal, constantes do Anexo I desta Portaria, integrado por recursos para Atenção Básica e	Contempla a proposta: 26 da 14ª CNS (pg. 32)

	para Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade e Hospitalar.	
PRT 106 de 2000	Dispõe sobre Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 399 de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 648 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 698 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 204 de 29.01.2007) Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 699 de 2006	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 204 de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 1497 de 2007	Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo em conta única e especificada por bloco de financiamento.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
LEI 11578 de 2007	Dispõe sobre a transferência obrigatória de recursos financeiros para a execução pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de ações do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, e sobre a forma de operacionalização do Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social – PSH nos exercícios de 2007 e 2008.	Contempla a proposta: 95 da 13ª CNS (pg. 35)

PRT 837 de 2009	Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 2982 de 2009	Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 1261 de 2010	Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.	Aborda a temática da proposta: 27 da 12ª CNS (pg. 151)
PRI 715 de 2011	Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de propor a estruturação e o funcionamento do Portal Fundo a Fundo do Ministério da Saúde, para divulgação e o monitoramento das transferências e da execução financeira dos recursos do SUS e dá outras providências.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
DCT 7508 de 2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70) Aborda a temática da proposta: 26 da 14ª CNS (pg. 32)
LC 141 de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689,	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70) Aborda a temática das propostas: 41 da 12ª CNS (pg.152) 154 da 13ª CNS (pg. 43)

	de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	26 da 14ª CNS (pg. 32)
PRT 340 de 2013	Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
PRT 1380 de 2013	Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde da segunda etapa do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC 2 - 2º Ciclo.	Contempla a proposta: 95 da 13ª CNS (pg. 35)
PRT 1408 de 2013	Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da estratégia Compensação de Especificidades Regionais CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e revoga dispositivos da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg. 70)
DCT 8152 de 2013	Regulamenta o art. 2º da Lei nº 11.578, de 26 de novembro de 2007, que dispõe sobre a transferência obrigatória de recursos financeiros para a execução pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de ações do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, e sobre a forma de operacionalização do Programa de Subsídio à Habitação de Interesse Social - PSH nos exercícios de 2007 e 2008.	Contempla a proposta: 95 da 13ª CNS (pg. 35)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

A grande quantidade de normativas no período de 1990 a 2000 pode ser explicada por este ter sido o período de implementação e organização inicial do SUS. Castro e Machado (2010) apontam em sua obra que a década de 1990 foi marcada por grandes mudanças na política de APS e por significativo investimento na ampliação do acesso a saúde.

De 2007 a 2010 observa-se menor quantidade de normativas quando comparado aos outros dois intervalos de tempo. Em 2011, ano da 14ª CNS, o Controle Social se mostrou com menos demandas em relação a repasses financeiros para a Atenção Básica, aprovando assim apenas uma proposta.

Destaca-se que das quatro propostas que foram contempladas, três delas (18, 62 e 26), antes mesmo de surgir já eram contempladas por normativas que traziam seus pleitos. Uma possível explicação para tal achado pode ser a distância que por vezes há entre o que as normativas e políticas preconizam e o SUS na prática. Esse distanciamento pode estar levando o Controle Social a demandar algo já previsto por lei, mas que ainda possui falhas em sua implementação, em conformidade com isso, Sousa (2009) aborda que o “*SUS possível*” está distanciado do “*SUS necessário*”.

Observando as propostas em geral, nota-se que a maioria apresenta traços sobre a descentralização político-administrativa, que é o IX princípio do SUS, previsto normativamente pela Lei 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990b). Nota-se esses traços nas propostas 18, 41, 95 e 26, que mencionam termos como “cofinanciamento”, “necessidades regionais”, “descentralização equitativa” e “câmara de compensação financeira interestadual”.

A descentralização foi abordada posteriormente de forma radicalizada pelo Pacto pela Saúde, disposto na Portaria 399/2006 (BRASIL, 2006) e em seguida no Decreto 7.508/2011 que regulamenta a articulação interfederativa e trás o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como estratégia de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011c).

Desta forma, se faz necessário avaliar e discutir como os processos de descentralização e regionalização tem sido implementados pelos gestores públicos, bem como analisar se as normativas existentes são completas e suficientes para dar base ao financiamento das relações interfederativas.

6.3.2. Recursos financeiros para a ESF

A presente categoria foi composta por seis propostas, destas apenas duas foram contempladas por normativas, ambas da 12ª CNS. Essas propostas apresentaram demandas por mais investimentos por parte da União e dos Estados e por formas de repasses diferenciadas para a ESF.

Tal fato é explicado por Mendes e Marques (2014), que discutem que o financiamento da EFS por parte dos recursos municipais é instável e problemático e associam a Lei de Responsabilidade Fiscal como um dos nós críticos. Ressaltam que o governo federal é responsável pela maior parte do financiamento da Saúde da Família e que mesmo os recursos federais são insuficientes para manter tal estratégia com êxito.

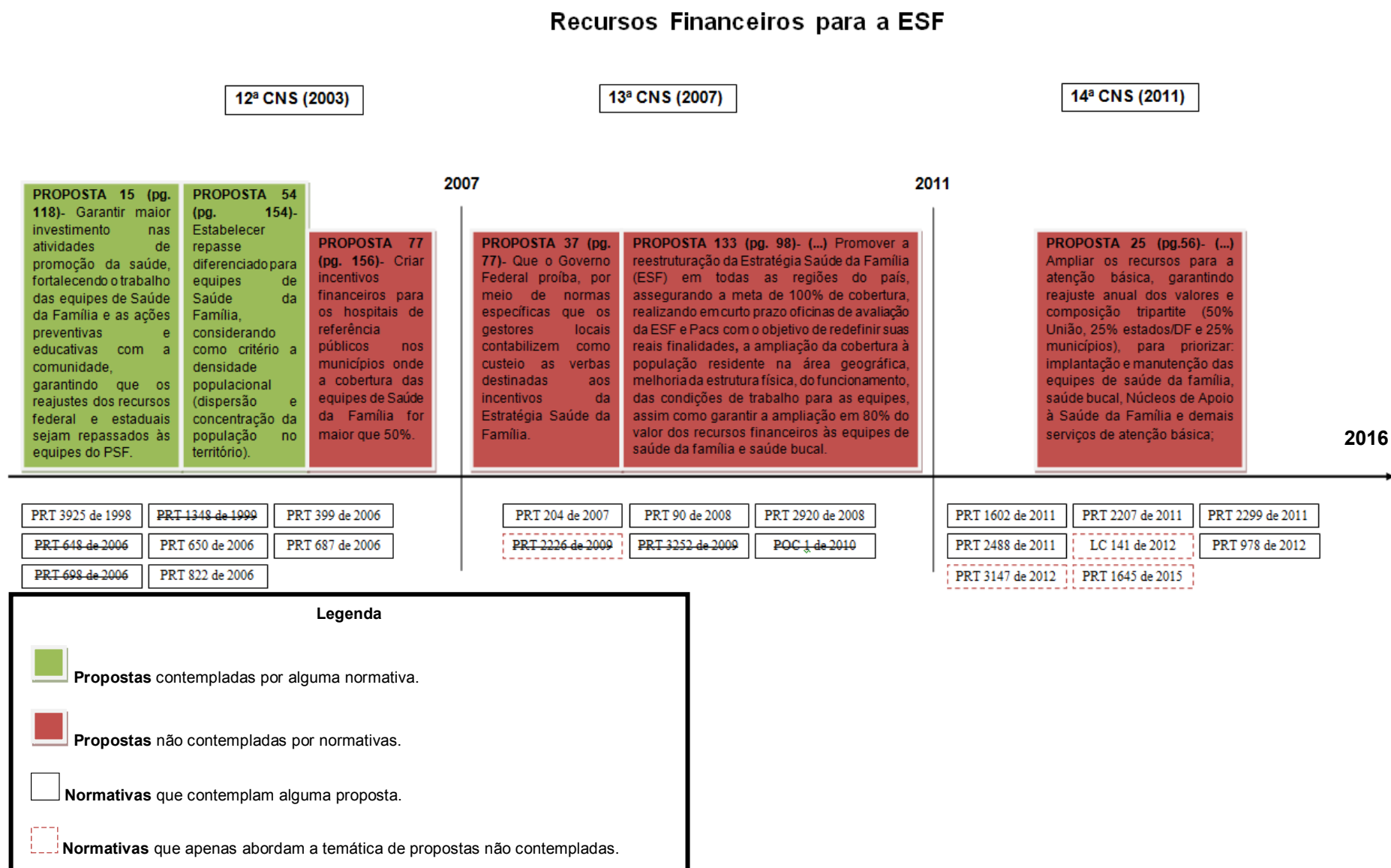
Do período em que as duas propostas surgiram até o presente momento, aconteceram reformulações na forma como se dá o financiamento de estratégias específicas (CASTRO; MACHADO, 2010). Atualmente o PAB Variável, instituído em 1998, é o componente do Bloco da Atenção Básica responsável pelo financiamento da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007).

De acordo com a figura 5 e com o quadro 4, das quatro propostas não contempladas, duas (proposta 133 e 25) possuem normativas que abordam suas temáticas, mas que não garantem o financiamento com as mesmas porcentagens e especificidades demandadas pelos delegados das conferências.

A pequena quantidade de propostas que foram atendidas pelas normativas, aponta para a necessidade de que os gestores de todas as esferas e os conselheiros de saúde olhem com mais atenção para os pleitos das conferências e busquem meios de aproximar as normas de financiamento às reais necessidades da população. É necessário também que hajam reajustes nos valores repassados para as ações de Saúde da Família, uma vez que os recursos destinados são insuficientes para que a Atenção Básica assumam de fato sua responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenar as redes no SUS (MENDES e MARQUES, 2014).

Segue abaixo as propostas e normativas dispostas na linha do tempo e no quadro.

Figura 5. Linha do tempo da categoria de Recursos Financeiros para a ESF, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Quadro 4. Relação de normativas da categoria de Recursos Financeiros para a EFS, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
PRT 3925 de 1998	Aprova o manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118) 54 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 1348 de 1999	(Revogada) Regulamenta o incentivo financeiro a estratégias similares ao Programa de Saúde da Família, integrante do Piso de Atenção Básica - PAB.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 399 de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 648 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118) 54 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 650 de 2006	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118) 54 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 687 de 2006	Aprova a Política de Promoção da Saúde.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 698 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 204 de 29.01.2007) Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 822 de 2006	Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na	Contempla a proposta:

	Política Nacional de Atenção Básica.	15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 204 de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 90 de 2008	Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 2920 de 2008	Estabelece recursos financeiros para municípios com Equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com cidadania.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 2226 de 2009	(Republicada pelo DOU Nº 222 de 20.11.2009, seção, pág. 118) Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.	Aborda a temática da proposta: 133 da 13ª CNS (pg. 98)
PRT 3252 de 2009	(Revogada) Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
POC 1 de 2010	(Revogada pela PRT GM/MS nº 1596 de 02.08.2013) Define, na forma do Anexo I a esta Portaria, os valores anuais do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde relativos aos recursos federais destinados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), de cada Estado.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 1602 de 2011	Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.	Contempla a proposta: 54 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 2207 de 2011	Altera o artigo 10 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e o item 2.1 do Capítulo III do Anexo à Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)

	março de 2006.	54 da 12ª CNS (pg. 154)
PRT 2299 de 2011	Altera as Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
LC 141 de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Aborda a temática da proposta: 25 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 978 de 2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 15 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 3147 de 2012	Institui as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.	Aborda a temática da proposta: 133 da 13ª CNS (pg. 98)
PRT 1645 de 2015	Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Aborda a temática da proposta: 133 da 13ª CNS (pg. 98)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

6.3.3. Piso da Atenção Básica (PAB)

A presente categoria foi composta por seis propostas, dessas apenas duas foram contempladas por normativas. Apesar do PAB estar instituído desde 1998, as demandas do Controle Social apontaram para a necessidade de reformulações no PAB Fixo e Variável para que o financiamento da APS atenda as reais necessidades da população.

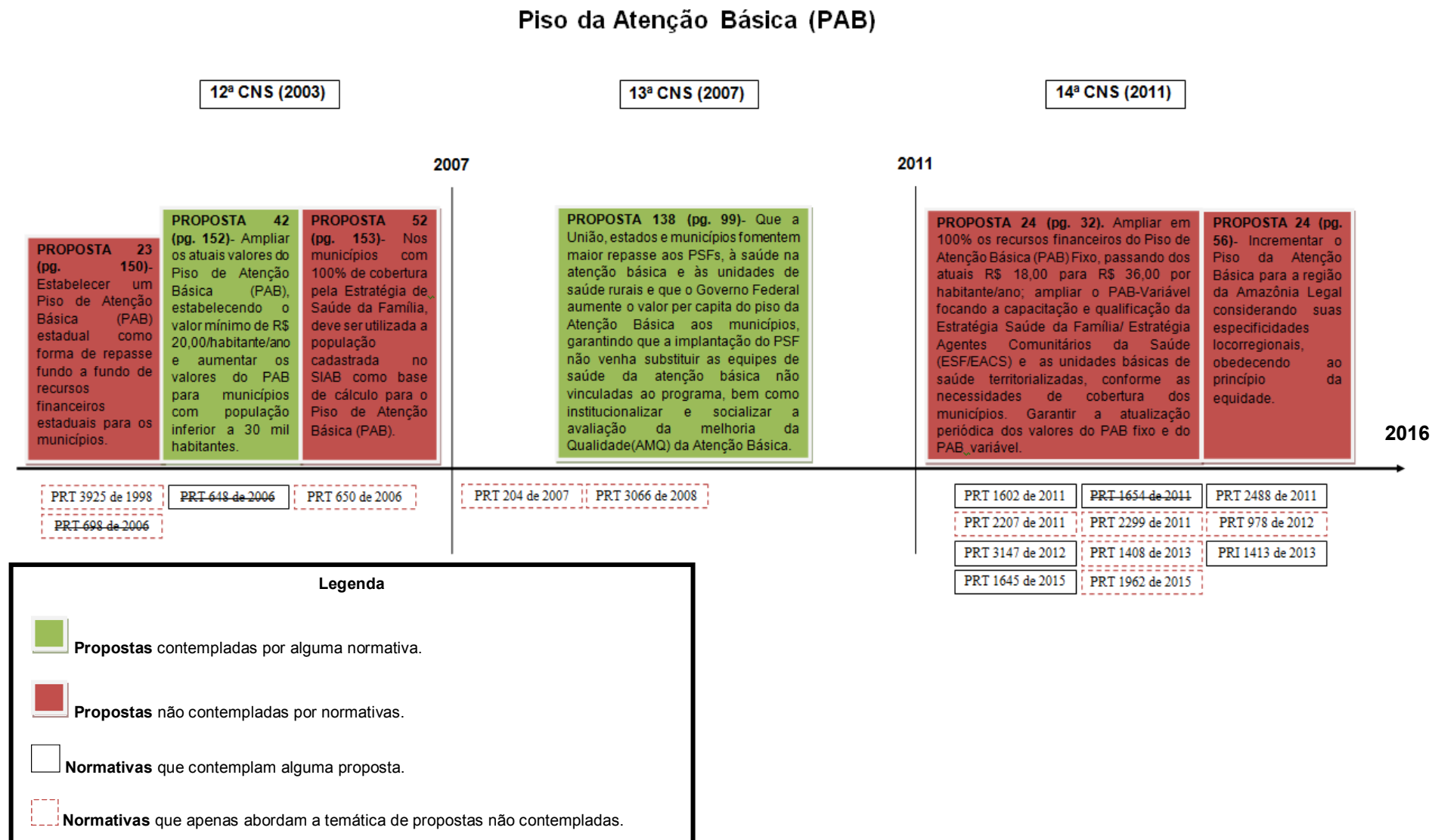
Essas propostas demonstram que a população, representada pelos delegados nas conferências, confia na APS e na sua resolutividade. A demanda por mais recursos está presente em três das propostas (42, 138 e 24), conforme representado na figura 6. Reforçando assim a ideia de que as políticas de atenção primária são tão complexas quanto as demais e exigem esforços dos gestores e profissionais que atuam nela para que a integralidade da atenção, a equidade e a universalidade sejam garantidas. Mendes (2015) afirma que apesar de existir o estereótipo de que os cuidados primários são simples, a APS não tem nada de simples, possui demandas complexas e por isso é necessário se romper com essa visão simplificadora.

Observou-se o pleito por um PAB estadual, que repasse recursos estaduais para os fundos municipais. O baixo nível de participação estadual no financiamento da APS é apontado por Solla et al (2007) como principal fator que tem fragilizado a equidade nas relações financeiras interfederativas e trás essa problemática como um dos desafios a ser enfrentado pelos gestores.

Nos documentos que compuseram o universo do estudo não foi encontrada nenhuma normativa de instância federal que versasse sobre o PAB Estadual. Durante pesquisas posteriores, foram encontradas apenas experiências específicas de Secretarias Estaduais de Saúde com a implementação do PAB Estadual, como exemplo a SES do Rio Grande do Sul e a de São Paulo.

Como consta no quadro 5 e na figura 6, os tipos de normativas que integraram esta categoria foram portarias em sua maioria e uma portaria interministerial. Houve maior concentração de normativas no período de 2011 a 2016 e apenas duas entre 2007 e 2010.

Figura 6. Linha do tempo da categoria de Piso da Atenção Básica, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Quadro 5. Relação de normativas da categoria de Piso da Atenção Básica, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
PRT 3925 de 1998	Aprova o manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 648 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 52 da 12ª CNS (pg. 153) 24 da 14ª CNS (pg. 56) Aborda a temática da proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 650 de 2006	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 698 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 204 de 29.01.2007) Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 204 de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 3066 de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável	Aborda a temática das

	para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 1602 de 2011	Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB.	Contempla a proposta: 42 da 12ª CNS (pg. 152) Aborda a temática da proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99) 24 da 14ª CNS (pg. 32)
PRT 1654 de 2011	(Revogada pela PRT GM/MS nº 1.645 de 01.10.2015) Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.	Contempla a proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 2207 de 2011	Altera o art. 10 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 , e o item 2.1 do Capítulo III do Anexo à Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 .	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 2299 de 2011	Altera as Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes	Contempla a proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99) 24 da 14ª CNS (pg. 56)

	Comunitários de Saúde (PACS).	
PRT 978 de 2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 3147 de 2012	Institui as especificações "preceptor" e "residente" no cadastro do médico que atua em qualquer uma das Equipes de Saúde da Família previstas na Política Nacional de Atenção Básica, de que trata a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.	Contempla a proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 1408 de 2013	Incorpora os recursos financeiros destinados ao financiamento da estratégia Compensação de Especificidades Regionais CER à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e revoga dispositivos da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRI 1413 de 2013	Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.	Contempla a proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 1645 de 2015	Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Contempla a proposta: 138 da 13ª CNS (pg.99)
PRT 1962 de 2015	Altera o § 2º do art. 6º da Portaria nº 1.024/GM/MS, de 21 de julho de 2015, que define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS.	Aborda a temática das propostas: 42 da 12ª CNS (pg. 152) 52 da 12ª CNS (pg. 153) 138 da 13ª CNS (pg.99)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

6.3.4. Ampliação de Serviços

Essa categoria foi a que apresentou menor quantidade de propostas em relação às demais, sendo composta por apenas quatro. Dessas quatro, duas foram contempladas por normativas e duas não. Observou-se a partir da figura 7 que as propostas contempladas se concentraram na 12ª CNS, as não contempladas na 14ª CNS e que não houve nenhuma proposta sobre financiamento para ampliação de serviços da APS na 13ª CNS.

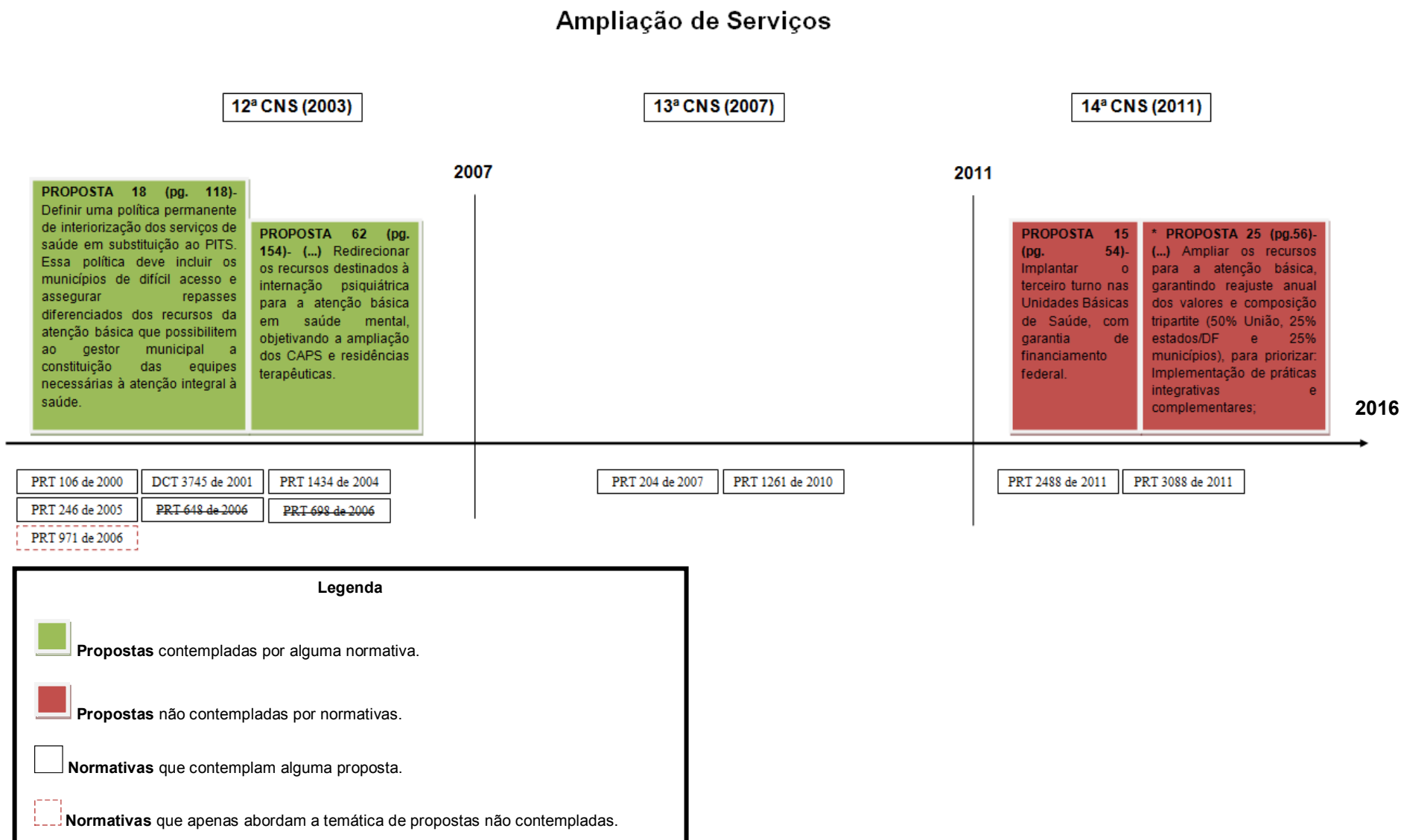
A partir do quantitativo de demandas, observou-se que a ampliação de serviços não foi a maior prioridade dos delegados. Uma possível explicação para tal achado poderia ser que o foco do Controle Social nas conferências analisadas não seja a ampliação dos serviços de atenção primária, mas sim a qualificação ou garantia de acesso aos já existentes.

Souza et al (2008) defende que a partir da expansão da oferta de serviços ocasionada pela implementação do SUS, um sistema que normativamente é universal e oferta cuidados integrais, os debates sobre o acesso passaram a ter caracterização qualitativa.

A proposta 25 da 14ª CNS está marcada com um asterisco porque parte dela é contemplada por normativa, pois as Práticas Integrativas e Complementares são previstas pela PRT 971 de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPC) no SUS. Porém apesar de existir uma política específica para as práticas, a demanda da conferência é que haja ampliação de recursos e reajuste do financiamento tripartite de “50% União, 25% estados/DF e 25% municípios” para subsidiar a ampliação de tais práticas. Essa divisão tripartite não é mencionada em nenhuma das normativas que compuseram o universo do estudo.

Conforme o quadro 6, das normativas utilizadas para análise, nenhuma atendeu ao pleito da proposta 15 da 14ª CNS. Em pesquisas posteriores encontraram-se apenas duas portarias, uma distrital e outra estadual que abordavam o terceiro turno em Unidades Básicas de Saúde. Pesquisou-se no o termo “terceiro turno” no site do Ministério da Saúde e do Departamento de Atenção Básica e nenhum resultado foi encontrado.

Figura 7. Linha do tempo da categoria de Ampliação de Serviços, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Quadro 6. Relação de normativas da categoria de Ampliação de Serviços, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
PRT 106 de 2000	Dispõe sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)
DCT 3745 de 2001	Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.	Aborda a temática da proposta: 18 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 1434 de 2004	Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família e dá outras providências.	Contempla a proposta: 18 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 246 de 2005	Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências.	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 648 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Aborda a temática da proposta: 18 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 698 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 204 de 29.01.2007) Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 971 de 2006	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.	Aborda a temática da proposta: 25 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 204 de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)

PRT 1261 de 2010	Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Aborda a temática da proposta: 18 da 12ª CNS (pg.118)
PRT 3088 de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Contempla a proposta: 62 da 12ª CNS (pg.154)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

6.3. 5. Estrutura Física

Composta por cinco propostas e por vinte e duas normativas, a categoria de estrutura física teve quatro de suas propostas contempladas e uma não contemplada. Propostas essas que se distribuíram apenas na 13^a e na 14^a CNS. Pode-se observar na figura 8 que houve grande concentração de normativas entre o período de 2011 a 2016.

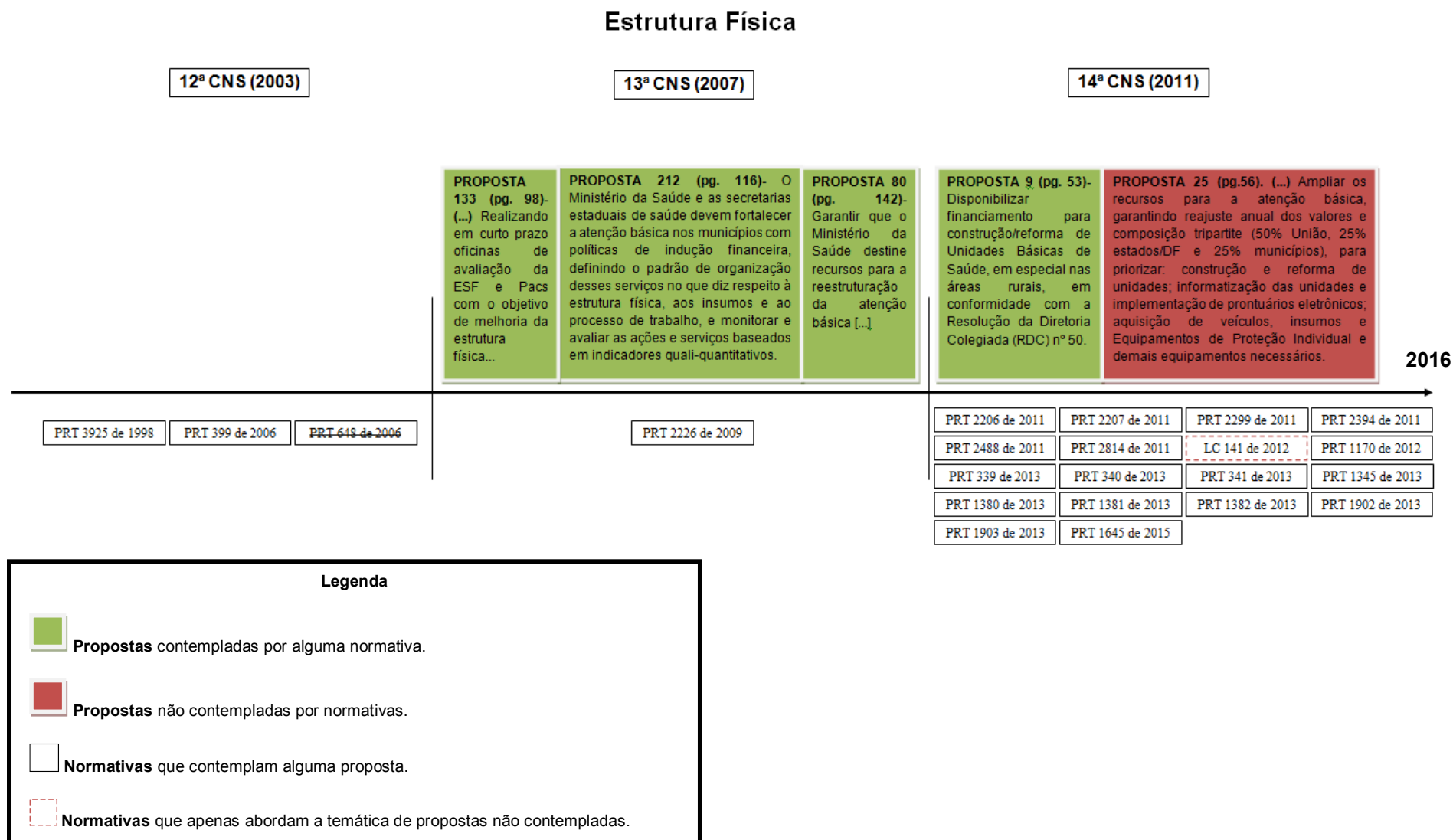
Contar com uma estrutura física adequada é ponto fundamental para que a os serviços de saúde do SUS atinjam seus objetivos e impactem de forma positiva na situação de saúde da população. A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, preconiza que a ambiência dos serviços de saúde deve ser acolhedora e confortável (BRASIL, 2004).

A antiga PNAB, de 2006, trazia em seu documento considerações a respeito dos recursos de estruturação. A nova PNAB, instituída pela PRT 2488 de 2011 afirma que garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas é papel das três esferas de governo (BRASIL, 2011a).

Observa-se no quadro 7 que as normativas que surgiram a partir de 2011 citam, em sua maioria, a requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2011, a PRT 2.206 instituiu no âmbito da PNAB o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Muitas destas normativas abrangem ao mesmo tempo os pleitos das quatro propostas que estão destacadas em verde na figura 8.

Apesar da maioria das demandas do Controle Social terem sido atendidas por normativas, faz-se necessário monitorar e avaliar se na prática os recursos destinados ao aprimoramento da estrutura física das UBS estão sendo bem aplicados e se estão condizentes com as necessidades dos usuários do SUS.

Figura 8. Linha do tempo da categoria Estrutura Física, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Quadro 7. Relação de normativas da categoria de Estrutura Física, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
PRT 3925 de 1998	Aprova o manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98)
PRT 399 de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98)
PRT 648 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98)
PRT 2226 de 2009	(Republicada pelo DOU Nº 222 de 20.11.2009, seção, pág. 118) Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2206 de 2011	Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2207 de 2011	Altera o art. 10 da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e o item 2.1 do Capítulo III do Anexo à Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 .	Contempla a proposta: 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2299 de 2011	Altera as Portarias nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, e nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, para permitir, excepcionalmente, a definição do cálculo e aplicação dos recursos do Componente Piso da	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 80 da 13ª CNS (pg. 142)

	Atenção Básica (PAB) Fixo para fins de execução das ações relativas ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e respectivos componentes.	9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2394 de 2011	Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 2814 de 2011	Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) Componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
LC 141 de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Aborda a temática da proposta: 25 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1170 de 2012	Habilita Municípios a receber recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)

PRT 339 de 2013	Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 340 de 2013	Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 341 de 2013	Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1345 de 2013	Altera as Portarias nº 339/GM/MS, nº 340/GM/MS e nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1380 de 2013	Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde da segunda etapa do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC 2 - 2º Ciclo.	Contempla a proposta: 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1381 de 2013	Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), componente Ampliação.	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1382 de 2013	Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de	Contempla a proposta:

	Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) componente Reforma de Unidades Básicas de Saúde.	212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1902 de 2013	Prorroga o prazo estabelecido no art. 23 da Portaria nº 339/GM/MS, de 4 de março de 2013, no art. 25 da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 e no art. 23 da Portaria nº 341/GM/MS, de 4 de março de 2013, que Redefine os componentes: Ampliação, Construção e Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1903 de 2013	Altera os artigos 4º, 6º, 10, 25 e o Anexo I da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 que redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98) 80 da 13ª CNS (pg. 142) 9 da 14ª CNS (pg. 56)
PRT 1645 de 2015	Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Contempla a proposta: 212 da 13ª CNS (pg.116) 113 da 13ª CNS (pg. 98)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

6.3.6. Recursos Humanos

Foi a categoria com mais documentos, composta por nove propostas e cinquenta e duas normativas. Para viabilizar a visualização dos textos das propostas foi necessário criar um quadro a mais (quadro 8), que se refere aos textos das propostas que não couberam na disposição da figura 9.

A maioria das normativas são de 1990 a 2006, a maior quantidade de propostas foram da 13ª CNS que ocorreu em 2007 e em contrapartida, na 14ª CNS não teve nenhuma proposta voltada para o financiamento de recursos humanos para a APS.

Das nove propostas, oito apresentam demanda por ampliação de recursos para contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Agentes de Endemias (ACE) ou de demais profissionais para compor a equipe de Saúde da Família. A única proposta não contemplada (56 da 13ª CNS) trás a demanda pela universalização da Residência em Saúde da Família.

O quadro 9 trás o detalhamento de todas as normativas. Observou-se que nesta categoria houve maior quantidade de portarias conjuntas que demais. As portarias conjuntas versam em sua maioria sobre o financiamentos de ações voltadas a saúde indígena.

A discussão sobre recursos humanos nas conferências de saúde costumam ser acaloradas e gerar grande quantidade de demandas. No Controle Social, é garantido aos profissionais de saúde 25% da composição dos espaços (BRASIL, 1990), essa poderia ser uma possível explicação para a grande quantidade de propostas apresentadas no quadro 8.

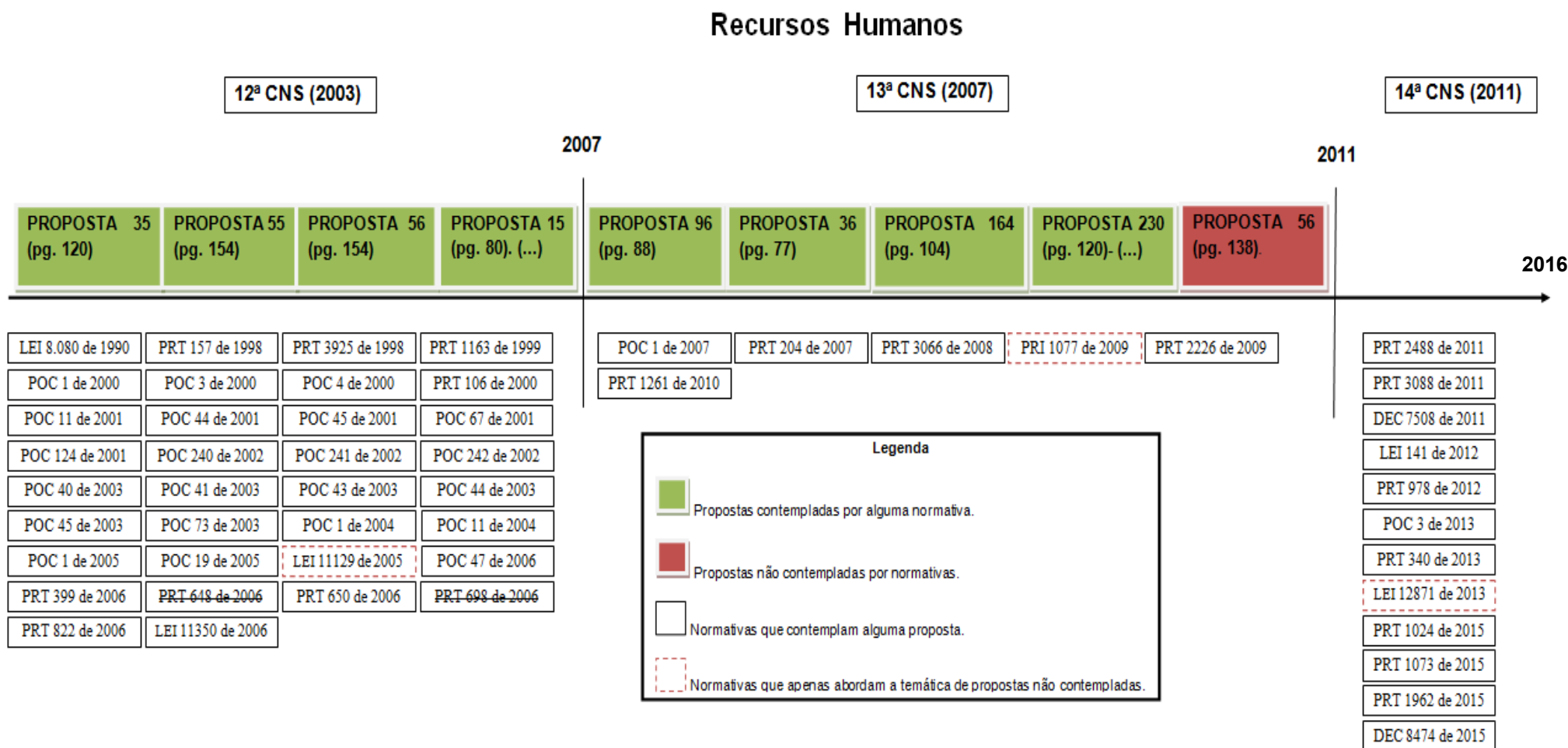
A Lei de Responsabilidade Fiscal, instituída pela Lei Complementar 101/2000, gerou grande impacto no desenvolvimento do PSF por exigir que as contratações das equipes sejam incluídas no limite de despesas de 54% da receita corrente líquida do município (MARQUES e MENDES, 2003). Esse poderia ser um dos fatores que levou o Controle Social a demandar mais recursos para a contratação de profissionais da equipe da ESF, em destaque os ACS, ACS indígenas e ACE.

Apesar de haver normativas que embasam e podem viabilizar os pleitos de recursos humanos, a Lei de Responsabilidade Fiscal acaba limitado a atuação dos gestores locais no que tange a contratação de novos

profissionais. A APS de acordo com a PNAB deve ter o maior grau de capilaridade possível para alcançar a rotina dos usuários e famílias e deve gerar e manter o vínculo entre o profissional de saúde e os usuários, para que seja de fato efetiva (BRASIL, 2011a). Isso demanda grande aporte de equipes multiprofissionais completas.

Cabe ao Controle Social, a população, aos profissionais de saúde e aos gestores de todas as esferas buscar estratégias que viabilizem o financiamento de contratação de novos profissionais, uma vez que este se mostra uma importante demanda das Conferências de Saúde.

Figura 9. Linha do tempo da categoria de Recursos Humanos, 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Quadro 8. Texto das propostas da linha do tempo de Recursos Humanos, 2016.

Conferência	Texto da Proposta
12ª CNS	PROPOSTA 35 (pg. 120) - Garantir o repasse de recursos federais a fim de viabilizar a regularização dos ACS e outros profissionais (equipes de vigilância sanitária, da saúde indígena e da Saúde da Família) por parte dos municípios, com efetiva fiscalização pelos respectivos Conselhos de Saúde.
	PROPOSTA 55 (pg. 154) - Criar incentivos financeiros para viabilizar a inclusão de profissionais da área e saúde considerando a multidisciplinaridade nas equipes de Saúde da Família, segundo as necessidades locais.
	PROPOSTA 56 (pg. 154) - Garantir o financiamento adequado às ações de Saúde da Família em municípios com populações indígenas, considerando a necessidade de equipes multidisciplinares de saúde indígena, de agentes comunitários de saúde indígena e de agentes indígenas de saneamento.
	PROPOSTA 15 (pg. 80). (...) Criar e assegurar incentivos técnicos e financeiros, pelas três esferas do governo, para implantação na atenção básica de: I. equipes multiprofissionais de atenção domiciliar; IV. equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais (ex.: nutricionista, psicólogo, assistente social, odontólogo, cirurgião dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fonoaudiólogo, entre outros), organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados.
13ª CNS	PROPOSTA 96 (pg. 88) - Aumentar os recursos financeiros, materiais e de equipamentos para os Agentes de Endemias nas três esferas de governo, integrando suas ações com as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nas informações epidemiológicas e entomológicas, como também unificação das áreas de abrangência dos ACS e dos agentes de endemias, adequando o número de famílias/domicílios por agentes de acordo com a realidade local, considerando o tempo, o deslocamento e acesso às comunidades objetivando o fortalecimento da atenção básica.

	PROPOSTA 36 (pg. 77)- Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo QUALIS, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família/ESFs, Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Pacs e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes.
	PROPOSTA 164 (pg. 104)- Garantir os repasses dos recursos financeiros pelas três esferas de governo para a manutenção das equipes do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal já existentes, contemplando a inclusão de equipe multiprofissional, de acordo com a realidade local, bem como a revisão da Portaria MS/GM nº 648/06, que preconiza a área de abrangência para as ESF, utilizando os critérios de densidade demográfica loco-regional, acessibilidade, viabilizando ainda a equidade no repasse financeiro, apoiando os municípios com baixo IDH e/ou com menor número de habitantes.
	PROPOSTA 230 (pg. 120)- (...) O apoio técnico e financeiro para a implantação de equipes matriciais de apoio à atenção básica, reabilitação e saúde mental, a capacitação dos profissionais, a ampliação da oferta de medicamentos destinados à saúde mental, objetivando a qualificação da atenção aos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares e contribuindo para a implantação da Reforma Psiquiátrica.
	PROPOSTA 56 (pg. 138)- Garantir financiamento público para a universalização da Residência em Saúde da Família.

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios finais das Conferências.

Quadro 9. Relação de normativas da categoria de Recursos Humanos, 2016.

NORMATIVA	DISPÕE SOBRE	PROPOSTA RELACIONADA
LEI 8.080 de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 157 de 1998	Dispõe sobre a qualificação dos Municípios aos incentivos ao Programa de	Contempla a proposta:

	Agentes Comunitários de Saúde - PACS e ao Programa de Saúde da Família – PSF.	35 da 12ª CNS (pg. 120)
PRT 3925 de 1998	Aprova o manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	Contempla a proposta: 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104)
PRT 1163 de 1999	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 1 de 2000	Qualifica os municípios constantes nesta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinando as ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 3 de 2000	Qualifica os municípios em anexo a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinando as ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 4 de 2000	Qualifica os municípios em anexo a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinando as ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 106 de 2000	Dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.	Aborda a temática da proposta: 230 da 13ª CNS (pg.120)
POC 11 de 2001	Qualifica os municípios constantes do anexo desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinando as ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 44 de 2001	Qualifica os municípios constantes do anexo desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinando as ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 45 de 2001	Altera a qualificação dos municípios constantes no anexo desta portaria para receber mensalmente o incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas, destinado às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)

POC 67 de 2001	Institui grupo permanente de trabalho para acompanhamento do plano de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, no âmbito das secretarias de assistência a saúde e de políticas de saúde.	Aborda a temática da proposta: 230 da 13ª CNS (pg.120)
POC 124 de 2001	Desqualifica os municípios em anexo aos incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 240 de 2002	Desqualifica os municípios em anexo aos incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 241 de 2002	Altera a qualificação dos municípios constantes na tabela desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados as ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa Elaborada pela CDI/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 242 de 2002	Qualifica o município de Santa Inês a receber mensalmente o incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados as ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela CDI/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 40 de 2003	Qualifica os municípios constantes do anexo a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 41 de 2003	Altera a qualificação dos municípios constantes no anexo, a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 43 de 2003	Qualifica o município Tacaratú, Estad de Pernambuco a receber mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 44 de 2003	Altera a qualificação do município de Jatobá, Pernambuco a receber	Contempla a proposta:

	mensalmente os incentivos de Atenção Básica Aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica a saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 45 de 2003	Altera os valores do incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas dos municípios constantes do anexo, destinados às equipes multidisciplinares de saúde indígenas e Agentes Indígenas de Saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 73 de 2003	Qualifica os municípios constantes do anexo I desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 1 de 2004	Qualifica os municípios relacionados no anexo I desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 11 de 2004	Qualifica os municípios constantes do anexo I desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 1 de 2005	Qualifica os municípios constantes do anexo I desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
POC 19 de 2005	Qualifica os municípios constantes do Anexo I desta Portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
LEI 11129 de 2005	Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de	Aborda a temática da proposta: 56 da 13ª CNS (pg. 138)

	2002; e dá outras providências.	
POC 47 de 2006	Qualifica os municípios constantes do anexo I desta portaria a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde. (Ementa elaborada pela BIBLIOTECA/MS).	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 399 de 2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154) 164 da 13ª CNS (pg. 104) 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 648 de 2006	Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 55 da 12ª CNS (pg. 154) 56 da 12ª CNS (pg.154) 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104) 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 650 de 2006	Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104)
PRT 698 de 2006	(Revogada pela PRT GM/MS nº 204 de 29.01.2007) Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154) 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 822 de 2006	Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 164 da 13ª CNS (pg. 104)
LEI 11350 de 2006	Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o	Contempla a proposta:

	aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	35 da 12ª CNS (pg. 120)
POC 1 de 2007	Qualifica o município de Capitão Poço/PA ao recebimento do Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 204 de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Contempla a proposta: 55 da 12ª CNS (pg. 154) 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 3066 de 2008	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104)
PRI 1077 de 2009	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em saúde.	Aborda a temática da proposta: 56 da 13ª CNS (pg. 138)
PRT 2226 de 2009	Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o plano nacional de implantação de unidades básicas de saúde para Equipes de Saúde da Família.	Contempla a proposta: 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104)
PRT 1261 de 2010	Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil - SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores.	Aborda a temática da proposta: 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 2488 de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 55 da 12ª CNS (pg. 154) 15 da 12ª CNS (pg.80) 36 da 13ª CNS (pg.77)

		230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 3088 de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Aborda a temática da proposta: 230 da 13ª CNS (pg.120)
DEC 7508 de 2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
LEI 141 de 2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis Nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 978 de 2012	Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.	Contempla a proposta: 55 da 12ª CNS (pg. 154) 15 da 12ª CNS (pg.80) 36 da 13ª CNS (pg.77) 164 da 13ª CNS (pg. 104)
POC 3 de 2013	Dispõe sobre a execução da Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, alterada pela Portaria nº 203/GM/MS, de 8 de fevereiro de 2013, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências; as regras para abatimento do saldo devedor consolidado e a carência estendida.	Contempla a proposta: 56 da 12ª CNS (pg.154)
PRT 340 de 2013	Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Contempla a proposta: 36 da 13ª CNS (pg.77)

		164 da 13ª CNS (pg. 104)
LEI 12871 de 2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.	Aborda a temática da proposta: 56 da 13ª CNS (pg. 138)
PRT 1024 de 2015	Define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS, de que tratam os art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120)
PRT 1073 de 2015	Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 230 da 13ª CNS (pg.120)
PRT 1962 de 2015	Altera o § 2º do art. 6º da Portaria nº 1.024/GM/MS, de 21 de julho de 2015, que define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS.	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120)
DEC 8474 de 2015	Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 96 da 13ª CNS (pg. 88)
PRT 215 de 2016	Autoriza o repasse dos valores de recursos federais relativos ao Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); à Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e ao Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACE (IF).	Contempla a proposta: 35 da 12ª CNS (pg. 120) 96 da 13ª CNS (pg. 88)

Fonte: Elaboração própria a partir da análise das propostas das Conferências e das normativas.

Em geral, 59,5% das propostas foram contempladas por alguma normativa e 40,5% não foram contempladas. Esse dado aponta para uma possível baixa interação entre os gestores do SUS, os formuladores das normativas, e o Controle Social em relação ao controle do desdobramento dos pleitos das Conferências Nacionais de Saúde. Em outra perspectiva, percebe-se que o instrumento “Conferência de Saúde” precisa ser mais fortalecido como ator importante nos ciclos das políticas de saúde, visto seu alto investimento e potencial retorno para o SUS, que ainda se mostrou subutilizado, de acordo com os dados do presente estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde tem como objetivo fim garantir saúde de qualidade para a população. O usuário deste sistema é quem melhor conhece suas próprias necessidades e quem lida diretamente com as falhas e limitações que o SUS ainda enfrenta. Por isso é primordial que a participação da comunidade na saúde seja fortalecida, que mais pessoas conheçam seus mecanismos, participem e contribuam para a melhoria das ações e serviços de saúde.

É necessário ainda que para além de realizar as Conferências de Saúde, os seus produtos não se esgotem nos relatórios finais, que os gestores de cada esfera se apropriem das demandas e as apliquem às políticas de saúde ou elaborem novas políticas e programas que estejam em consonância com as reais necessidades de saúde.

Cabe aos Conselhos de Saúde o importante papel de acompanhar de perto os desdobramentos das demandas do Controle Social como um todo, incluindo as proposições que são fruto das conferências de saúde. Como também o papel de fiscalizar e cobrar respostas e ações dos gestores e profissionais de saúde do SUS.

A sociedade civil em geral tem também lugar importante em relação à cobrança e manutenção de seus direitos. Devendo cobrar não apenas os gestores, mas também os profissionais de saúde, que são atores igualmente responsáveis pela execução da política de saúde. Não se deve aceitar nada que fira os princípios e diretrizes do SUS, a população deve buscar conhecer o que preconizam as políticas e programas para saber exatamente o que cobrar e como pode contribuir.

Entender como as demandas sociais estão sendo percebidas e implementadas na realidade do SUS é ponto chave para saber se os objetivos das conferências de saúde estão sendo atingidos. Para isso deve-se desenvolver novos estudos voltados para o Controle Social e seus desdobramentos.

A academia e os profissionais de saúde em formação, em especial os sanitaristas, devem buscar sempre compreender a realidade do SUS, a situação de saúde da população e suas reais necessidades, para que suas

pesquisas e ações de extensão estejam em consonância com a realidade e possibilitem resultados que impactem positivamente no SUS e na saúde das pessoas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 1 ed. Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2009. p. 100. Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf> Acesso em: 15 Jun. 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011/2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em: 29 abr. 2016.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 29 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS- Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e

gestão em todas as instâncias do SUS. P. 20, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC000000000043304.PDF>> Acesso em: 12 nov. 2016.

_____. Portaria MS/GM nº 3925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf> Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/portarias/portaria_MS_399.2006)> Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Resolução n. 453 de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.htm> Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Resolução n.333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. n. 236, seção 1, p. 57. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Financiamento da Atenção Básica. Tabela de financiamento. Departamento de Atenção Básica - DAB. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/financiamento.php>>. Acesso em: 16, nov. 2016.

ANDRADE, L. L. et al. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013.

BARDIN, L., & Bardin, L. L'analyse de contenu (No. Sirsi) a456144). 1977.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: editora IFIBE, 2007.

CORREIA, C., **Controle social na saúde**. In: Mota AE, et al., organizadores. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. p. 111-140. 2006.

CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health**, v. 94, p. 1864-1874. nov. 2004.

DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988.

FALEIROS, V. D. P. et al. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

FARIA, F. C.; SILVA, P. V.; LINS, L. I. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação?. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 7, p. 249-284. jan./abr. 2012.

GADELHA, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2047-2058. 2015.

GIL, R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de saúde pública**, v. 22, n.6, p. 1171-1181. jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. **Atenção primária à saúde**. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v.3, Edição comemorativa, 25 anos do SUS. p. 493-545. 2014.

MARQUES, R. M., & Mendes, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415. 2003.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 900-916. out./dez. 2014.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n.78, p. 27-34. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. A construção social da atenção primária a saúde.1 ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEFF. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. UNICEF, Brasília, 1979. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 1 ed. Salvador: EDUFBA; 2008.

RAEDER, O. Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. VVI, n. 13. p. 121-146, jan./jun. 2015.

SECCHI, L. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, v. 7, n. 4, p. 495-502. Recife, out./dez. 2007.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Sup 1, p. S100-S110, 2008.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 911-918. mai./jun. 2009.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, R. D. et al. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 11, n.3, p. 591-609. set. /dez. 2013.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p. 693 -705, abr. 2010.

APÊNDICE 1

Quadro 10. Matriz documental para análise dos relatórios das Conferências.

Documento da proposta	Descritor de busca	Proposta	Eixo
12ª Conferência Nacional de Saúde			
13ª Conferência Nacional de Saúde			
14ª Conferência Nacional de Saúde			